Rok XLVII. Kraków, dnia 6 czerwca 1908. Nr 23.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala krajowego w Sarajewie.

Kilka uwag i spostrzeżeń o samozatruciu z przewodu pokarmowego.

Podał

Prof. Dr L. Korczyński.

(Dokończenie).

W działaniu przypuszczalnych trucizn, powstających w samym ustroju, na układ nerwowy, występuje na jaw podobieństwo ze znanem dobrze działaniem toksyn drobnoustrojowych. Ale tak samo, jak jady bakteryi wpływają nietylko na istotę nerwową, mogą i jady ustrojowe szkodzić także innym tkankom i wzniecać przez to objawy inne, nie nerwowe, a przynajmniej nie przeważnie nerwowe. Powstają wtedy obrazy, które przypominają żywo zatrucia toksynami bardzo jadowitych bakteryi, zwłaszcza ropnych, spostrzegane w przebiegu ropnicy, złośliwego zapalenia osierdzia, płonicy i t. d. Wyrazem ich zewnętrznym jest tak zwana skaza krwotoczna, która się objawia występowaniem krwawych plam na skórze, a czasem także krwotokami z narządów miąższowych. Na to, że to samo przydarzać się może także w następstwie samozatrucia, zdaje się wskazywać następujący przypadek, spostrzegany na moim oddziele:

Vidak V., lat 43, krawiec, nieżonaty, wyznania prawosławnego, przyjęty na oddział 8 stycznia 1908 r.

Od 3 tygodni czuje się niedobrze, nie ma apetytu, doznaje odbijań, gniecenia w dołku; w brzuchu częste przelewania, od czasu do czasu rodzaj kurczowych bolów; stolec zaparty; chory nie wychodzi po 4 do 5 dni, a wypróżnienia następują tylko po leku przeczyszczającym, zwykle po soli karlsbadzkiej, która tutaj jest w powszechnem użyciu jako środek domowy. Przy tem miewa chory nieokreślone bole w kończynach i klatce piersiowej i traci siły. 8. I. rano spostrzegł chory wybitnie krwawe zabarwienie moczu, dziąsła zaczęły również krwią broczyć, a na skórze kończyn dolnych pojawiły się plamiste krwawe miejsca. Zaniepokojony tymi objawami, zgłosił się chory do mnie po południu w godzinie przyjęć i za moją radą wpisał się na oddział. Z innych szczegółów wywiadowczych zasługuje na uwagę, że chory prowadził od dawna życie nieporządne, nie miał właściwie stałego mieszkania, żywił się niezdrowo, ale za to wypijał co dzień najmniej pół litra wódki i litr wina, jak sam powiada, a według podania jego brata znacznie więcej. Ważniejszych chorób oprócz zimnicy, przed 12 laty, nie przebywał.

Stan obecny: Wzrost więcej niż średni, budowa kośćca dobra. Twarz zapadnięta, blada. Na skórze kończyn dolnych gęsto obok siebie rozsiane, mniejsze i większe wybroczyny; w niektórych miejscach zlewają się ze sobą i tworzą spore plamy. Głównie są wybroczynami pokryte golenie na powierzchni przedniej i z boku. Podobny obraz na kończynach górnych. Na skórze brzucha i tułowia tylko tu i owdzie wystąpiły drobne podbiegnięcia. Spojówki blade z żółtaczkowym odcieniem, po stronie lewej mała wybroczyna podspojówkowa. Źrenice równe, dość szerokie, oddziaływają na światło należycie. Dziąsła barwy prawidłowej, nieobrzękłe, zęby przeważnie zdrowe, nie chwieją się. Mimo to wyraźne broczenie krwi, widoczne w części błony śluzowej, przylegającej do zębów. Błona śluzowa gardła żółtawo-różowa. Na podniebieniu parę drobnych wybroczyn. Cuchnienie z ust, chwilami jakby woń acetonu. W narządzie oddechowym i w narządzie krążenia zmian nie ma. Brzuch wzdęty, miernie bolesny. W żołądku pluskanie; w jelitach grubych kruczenie, w jelicie esowatem zbity kał. Wątroba macalna, o brzegu okrągłym, bolesnym. Uwagę zwraca znaczne powiększenie gruczołów chłonnych, szyjnych, pachowych, pachwinowych i nad przegubem łokciowym. Ciepłota ciała z dnia poprzedniego po południu wahała się około 37·4° C., w czasie badania rano wynosiła 37° C., tętno 88.

Mocz, ciemno czerwony od wynaczynionej krwi, zawiera po odsączeniu wyraźny ślad białka; w osadzie ciałka krwi; wałeczków krwawych lub śródbłonkowych, ani śródbłonków nerkowych nie znaleziono: pojawiały się tylko nieliczne wałeczki szkliste.

Krew nieco bledsza, c. wł. 1·54 (Hammerschlag), hemoglobiny 85%, l. c. czerwonych 3,000.000, białych 2.800. W preparatach barwionych znaleziono wyraźny niestosunek ilości ciałek wielojądrzastych do jednojądrzastych; obraz przypominał limfocytozę krwi, spostrzeganą u chorych na dur.

Z dalszego przebiegu zasługują na podniesienie następujące szczegóły, zapisane w historyi choroby:

10. I. Chory żali się na znaczny ból w okolicy wątroby. Żółtaczkowe zabarwienie spojówek cokolwiek wyraźniejsze. Wątroba przy obmacywaniu bardzo tkliwa. W nocy dość obfite wymioty; w zwymiotowanej treści krew. Po wlewaniach do kiszek wypróżnienie dość skąpe, kał silnie cuchnący, krwawy. Krew w moczu i krwawienie z dziąseł utrzymują się. Ciepłota ciała prawidłowa. Stan ogólny chorego lichy.

12. I. Chory kilkakrotnie odkrztusił krew, zresztą stan taki sam, jak poprzednio.

14. I. Bole w okolicy wątroby znacznie mniejsze, wątroba mniej tkliwa, jeszcze wyraźnie macalna. Chory żali się na szarpiące bole w mięśniach klatki piersiowej, zwłaszcza zaś w okolicy łopatek. Wymioty krwawe nie powtórzyły się, w stolcach pojawia się krew w ilości małej, mocz jaśniejszy, krwawienie z dziąseł mniejsze. Na skórze nie pojawiły się nowe wybroczyny, dawniejsze zmieniają barwę.

15. I. Stan ogólny znacznie lepszy. Barwa moczu prawie zupełnie prawidłowa. W stolcu krwi nie było, krwawienie z dziąseł mniejsze. Wątroba mniej tkliwa, zmalała. Poprawa postępuje rychło, chory domaga się jedzenia, czuje się silniejszym.

19. I. W wilię opuszczenia szpitala, zapisano: Stan podmiotowy zupełnie dobry. Wyraz twarzy swobodny, skóra o zdrowym kolorycie. Krwawienia ustąpiły zupełnie. Gruczoły chłonne zmalały tak, że teraz szukać ich trzeba, obrzęk wątroby ustąpił również prawie zupełnie. Mocz prawidłowy. Skład krwi prawidłowy.

Rozpoznanie opiewało: *Morbus maculosus Werlhofii probabiliter ex autointoxicatione e tractu intestinali.*

Zanim wolno było przyjąć w tym przypadku samozatrucie jako prawdopodobną przyczynę choroby, należało wyłączyć wszystkie inne czynniki szkodliwe, które według obowiązujących zapatrywań wzniecać mogą objawy plamicy krwotocznej. Wspomnimy tylko o tych, które wydawać się mogły prawpodobne.

W pierwszym rzędzie zastanowić się należało nad możliwością jakiejś choroby zakaźnej. Dla tej nie było podstaw ani w wywiadach, ani w wyniku badania przedmiotowego. Chory nie wspominał zupełnie o dreszczach, gorączce, ani potach, a zapytany o te szczegóły wprost im zaprzeczył. Badanie nie wykryło znamion przebytej umiejscowionej choroby, a za ważny szczegół poczytywać trzeba tę okoliczność, że mimo znacznego obrzęku wątroby, śledziona zupełnie nie była powiększona.

Dla drugiej sprawy, dla zatrucia, w szczególności zepsutymi pokarmami, nie było również żadnych podstaw.

Pozostawały dwie jeszcze możliwości: choroba krwi, albo mówiąc wyraźniej białaczka, i nowotwór *(lymphosarcoma)*, usadowiony w wątrobie i gruczołach.

Pytanie co do białaczki rozstrzygnąć przyszło łatwo na podstawie badania krwi. Ilość ciałek białych nietylko że nie była większa od prawidłowej, ale nawet znacznie mniejsza. W obrazie drobnowidowym preparatów barwionych nie spotkano zupełnie ciałek, cechujących białaczkę.

Najdłużej trzeba było zaczekać z rozstrzygnięciem ostatniej wątpliwości. Obrzęk wątroby i gruczołów chłonnych były w każdym razie bardzo podejrzane. Dalszy przebieg choroby pokazał, że powiększenie tych narządów nie zależało od rozwoju tkanki nowotworowej, lecz było następstwem jakiegoś podrażnienia i ustąpiło rychło wraz z podrażnieniem. Należało więc ostatecznie rozjaśnić tylko pochodzenie istot drażniących. Cały obraz choroby, jej powstanie, przebieg i rychłe pomyślne zejście mówiły, że przyczyna nie może być stała. Wprost więc przez wyłączenie nawet trzeba było upatrywać ją w zaburzeniach w zakresie narządu pokarmowego. Były one ostatnią, bezpośrednią przyczyną. Obok tego przyjąć jeszcze trzeba wpływ pośredni, działający przez dłuższy przeciąg czasu na ustrój chorego i podkopujący jego odporność. Dostrzedz go można w całym szeregu niepomyślnych czynników, które wynikały z niezdrowego sposobu życia, a o których wspomnieliśmy na wstępie historyi choroby, streszczając najważniejsze szczegóły z wywiadów.

Oprócz tych uwag, które wypływają z istoty obchodzącego nas w tej chwili przedmiotu, zasługują tu jeszcze na podniesienie pewne szczegóły ze względu na objawy samej plamicy. Do rzadszych należy obfite krwawienie z dziąseł, mimo, że dziąsła nie okazały zboczeń. Przez to krwawienie można było w pierwszej chwili myśleć o gnilcu. Nie godził się z tem jednak brak zmian w błonie śluzowej, tak znamiennych dla tej choroby. Po przejrzeniu dostępnego mi piśmiennictwa przekonałem się nadto, że i w plamicy krwotocznej w pojedynczych przypadkach spostrzegano sączenie się krwi z dziąseł. Nigdzie natomiast nie spotkałem wzmianki o obrzęku gruczołów chłonnych i o zmniejszeniu się ilości ciałek białych we krwi z równoczesnem przesunięciem stosunku między ciałkami wielojądrzastemi i limfocytami na korzyść limfocytów. Na razie ograniczam się tylko do stwierdzenia tych szczegółów, dotychczas, o ile osądzić mogę, nie uwzględnionych jeszcze. Być może, że stanowią one cechę pewnej tylko postaci plamicy krwotocznej, postaci, polegającej przypuszczalnie na samozatruciu. Niejakie podobieństwo mielibyśmy tu co do krwi ze zmianami, spostrzeganemi w przebiegu duru brzusznego i w zatruciu fosforem, o którem w ostatnich czasach ogłosił zajmującą pracę T. Pisarski.

Tych parę spostrzeżeń, streszczonych powyżej, nie daje zupełnego obrazu różnorodnych zboczeń, które powstawać mogą jako następstwo działania trujących połączeń, wytworzonych w ustroju przy niedokładnej wymianie materyi. Wystarczą one wszakże do tego, aby pokazać, że objawy samozatrucia mogą być nader różne, z drugiej strony dostarczają dowodów, że w pewnych przypadkach składać się mogą te objawy na jedną całość i odtwarzać obrazy ściślej określonych postaci chorobowych, które klinicznie lepiej pojąć i przedstawić można.

Przypadki tego właśnie rodzaju stanowią w każdym razie mniejszość spostrzeżeń. O wiele częściej zdarza się, że obraz samozatrucia nie posiada znamion znanych dokładniej jednostek patologicznych: dla choroby brakuje nazwy. A jednak trzeba ją nazwać. Wyjmuje się wtedy z całości jeden szczegół i tworzy rozpoznanie, które ani nie zadowalnia lekarza, ani nie określa należycie choroby.

Weźmy jako przykład przypadki powtarzającego się często zaparcia żywota z całym szeregiem tak zwanych objawów ogólnych, zwłaszcza u osób bardzo jeszcze młodych, a szczególnie u dorastających dziewcząt. Mniejsze lub większe zaburzenia w trawieniu stanowią tu regułę. Otóż na te zaburzenia zwraca się wyłączną uwagę i poczytuje się je za istotną chorobę, a co za tem idzie, za właściwy przedmiot leczenia przyczynowego. Nierzadko jest to słuszne. Ale każdy doświadczeńszy lekarz przyzna, że nie zawsze. W niejednym z takich przypadków zastanowić muszą zmiany w ilości i w wejrzeniu wydzielanego moczu, chwilowa obecność małych ilości białka, niestałe pojawienie się wałeczków szklistych, a nawet ziarnistych, a dalej powstawanie zmian naczynioruchowych na skórze, czy to w postaci przelotnego tylko zaczerwienienia pewnych obszarów skóry, czy też w postaci t. zw. naczynioruchowych osutek, jak pokrzywka, rumień nerwowy i t. d. Dla nich przynajmniej przyjąć trzeba, że zarówno niedowład kiszek, jak cały szereg innych przedmiotowych i podmiotowych przypadłości mieć musi jakąś przyczynę głębszą, że ta przyczyna nie leży w samym tylko narządzie pokarmowym, jako takim.

Często zwykło się mówić w takich razach o wpływach nerwowych. Sięgać do nich tem łatwiej, że wiemy o nich więcej, że powołać się możemy na ścisłe fizyologiczne doświadczenia, zajmujące się poznaniem wpływu, jaki drażnienie pewnych nerwów i pewnych obszarów ośrodkowego układu nerwowego wywiera na wydzielanie zaczynów trawiących, na naczynia krwionośne, na narząd ruchowy przewodu pokarmowego i t. d. Ale spytać się trzeba koniecznie, co te nerwy drażni w przypadkach owych nerwowych zboczeń w narządzie pokarmowym, co sprawia, że czynność ich staje się nieprawidłowa? Medycyna teoretyczna nie da nam na to pytanie odpowiedzi ścisłej i dokładnej. Pytanie jest jednak słuszne, codzienne życie lekarskie zmusza nas poprostu do tego, aby je postawić. A więc

medycyna praktyczna musi się sama starać, aby na nie odpowiedzieć. I odpowiedzieć może, jeśli, w braku innych podstaw, zwróci się do logicznej dedukcyi spostrzeganych zjawisk i do własnej intuicyi, która jednak nierzadko znajdzie oparcie o szczegóły, które i naukowej krytyce, wynikającej z doświadczeń i badań, stawić mogą czoło. Jeśli powiemy, że zboczenia czynnościowe zależą od działania związków, które powstały przy wymianie materyi i dalej się nie rozpadły, albo nie zostały według biologicznych zasad zobojętnione, to nie popełnimy bynajmniej przestępstwa wobec naukowych zapatrywań. Wszak medycyna teoretyczna nauczyła nas, że tak samo, jak powinowactwo chemiczne, istnieje także powinowactwo biologiczno-chemiczne, że na mocy tego powinowactwa niektóre komórki szczególnie łapczywie wiążą się z pewnemi ciałami. Jady tężcowe i jady wścieklizny gromadzą się w układzie nerwowym, jady błonicy uszkadzają z szczególnem upodobaniem mięsień sercowy, alkoloidy roślinne działają także przeważnie na układ nerwowy, o niektórych z nich, n. p. o strychninie i kokainie, wiemy już na podstawie ścisłych badań, wykonanych przez Torata Sano, że wiążą się z istotą nerwową rdzenia. Czy tego samego nie wolno powiedzieć o truciznach, wytworzonych w samym ustroju? Sądzę, że tak. Trucizn tych nie znamy co prawda dokładnie, ale wiemy że są, a tem samem, że mogą niekorzystny wpływ wywierać. Rodzaj tego wpływu dadzą nam poznać w pewnej przynajmniej mierze spostrzeżenia kliniczne, więc o takie spostrzeżenia starać się trzeba i więcej może, aniżeli dotychczas dziać się zwykło, zwracać uwagę na możliwość samozatrucia. W ten sposób sięgniemy nieraz głębiej w istotę choroby, a dla zupełnie ścisłych badań teoretycznych i więcej będzie zachęty i więcej materyału. Niewątpliwie będą także i korzyści praktyczne, bo przez głębsze wniknięcie w istotę choroby łatwiej będziemy mogli dać dobrą radę i rychlej przynieść istotną i trwałą pomoc.

Z pracowni chemicznej Zakładu fizyologii Prof. Dr Adolfa Becka we Lwowie.

O braku zależności pomiędzy indykanem moczu, a indolem w kale.

Podał

Wacław Moraczewski.

(Dokończenie.)

Badania nasze dotyczyły chorych i zdrowych. U zdrowych badaliśmy zawartość indolu w kale, a indykanu w moczu przy rozmaitych dyetach. N. p. przy dyecie mlecznej, w której po kolei zastępowaliśmy białko cukrem lub tłuszczem, t. j. dodawaliśmy do zwykłej porcyi 400 gr sera, 200 gr cukru, 100 gr tłuszczu. Taką zmienioną dyetę utrzymywaliśmy przez 3 dni. Oprócz tego badano wpływ kwasu solnego, ługu sodowego, urotropiny, gruczołu tarczowego, o czem przy omawianiu poszczególnych doświadczeń dokładnie opowiemy. Robiliśmy także doświadczenia z laktobacyliną przy dyecie mieszanej u ludzi zdrowych.

Doświadczenia na chorych dotyczyły przeważnie chorób wątroby i jelit: jak żółtaczka nieżytowa, stwardnienie wątroby, dur; badaliśmy także zatrucia, choroby wyniszczające i t. d.

Wyniki nasze zebraliśmy w tablicach, które po kolei objaśniać będziemy.

Tablica pierwsza obejmuje wyniki doświadczeń nad zdrowym ustrojem, żywionym przeważnie mlekiem z dodaniem sera, cukru lub tłuszczu. Nie oznaczaliśmy tu właściwie indolu, tylko urobilinogen i urobilinę w kale, a w moczu indykan i eterosiarkany. Z doświadczeń naszych wynika, że przy jednolitem wydzieleniu żółci odczyn Ehrlicha może dawać pojęcie o stopniu gnicia w kiszkach. Wniosek ten zrobiliśmy dopiero, porównując wyniki tu zawarte z późniejszemi naszemi doświadczeniami. Pomiędzy urobiliną a urobilinogenem panuje pewien antagonizm, ponieważ pierwsza tworzy się z drugiego; mimo tej zależności, dadzą się jednak pewne wnioski wysnuć. N. p. dodatek cukru do pożywienia podnosi stale ilość urobiligenu, a zmniejsza ilość urobiliny. Masło zdaje się raczej zmniejszać urobilinogen, a powiększać urobilinę. Zaparcie stolca niema na barwiki wpływu, natomiast przy rozwolnieniu zmniejsza się urobilinogen, a powiększa urobilina; nie można zatem zgodzić się na zdanie, jakoby w świeżym kale był tylko urobilinogen, a z czasem tworzyła się urobilina, raczej rzecz się ma odwrotnie. Nie wynika stąd wcale, żeby nie mieli słuszności autorowie, którzy zauważali znikanie odczynu Ehrlicha w rozczynach alkoholowych kału. Odczyn ten znika, ustępując miejsce urobilinie, ale jest to sprawa wtórna, nie mająca nic wspólnego z ilością, zawartą w kale.

Tablica pierwsza objaśnia bardzo dobrze wpływ rodzaju żywności na wydzielenie indykanu. Cukier zmniejsza ilość, masło powiększa, ser zmniejsza również, jeżeli uwzględnimy ogólną ilość azotu. Porównywany z ilością azotu indykan przy cukrze raczej się powiększa, a w każdym razie często stwierdzane zmniejszenie jest zmniejszeniem bezwzględnej, nie względnej jego ilości.

Zależności pomiędzy barwikami moczu i barwikami kału, t. j. między urobiliną kału i moczu wykryć się nie dało.

Tablica II zawiera wyniki badania chorych. Ponieważ znaczna ich część cierpiała na zaburzenia w wydzielaniu żółci, zatem odczyn Ehrlicha świadczy głównie o ilości zawartej żółci i wniosków, dotyczących gnicia kiszkowego, wysnuwać nie pozwala. Przy zatrzymaniu wydzielania żółci zarówno ilość urobiliny, jak i ilość urobilinogenu maleje i po wyzdrowieniu obie ilości się podnoszą. Wszelka gorączka zmniejsza wydzielenie, które po ustąpieniu gorączki się wzmaga, jak widać na przykładzie duru.

Zależność urobiliny moczu od urobiliny kału jest i tu mało widoczna. Urobilina moczu powiększa się w gorączce niezależnie od ilości zawartej w kale. Przy żółtaczce ilości urobiliny nie zawsze są wzmożone.

Indykan w moczu prawie zawsze ulega zwiększeniu przy żółtaczce, przyczem siarczany aromatyczne powiększają się niejednolicie. Można przypuszczać, że stosunek indykanu do siarczanów aromatycznych zmienia się tam, gdzie indykan nadmiernie bywa zwiększony. Świadczy to o tem, że może nie cały indykan wiąże się z kwasem siarczanym; że albo zmniejszają się ilości innych aromatycznych składników moczu, albo występuje obok indykanu kwas glikuronowy, który w części zastępuje kwas siarczany. Dość, że wszędzie tam, gdzie indykan jest powiększony, widzimy wprawdzie równocześnie powiększenie siarczanów, ale powiększenie to nigdy nie odpowiada stosunkowi prawidło-

wemu. Kiedy indygo do siarki ma się zazwyczaj jak 1 : 1, tu może dochodzić do 2 : 1 albo i 3 : 1.

W tablicy III umieściliśmy obok liczb, wyrażających odczyn Ehrlicha, liczby indolu, znalezionego w kale. Liczby te otrzymaliśmy nie tą metodą, którą opisaliśmy na wstępie, tylko inną. Destylat z kału wyciągaliśmy eterem w przyrządzie Hugershoffa, a wyciąg eteryczny, zawierający indol, odparowywaliśmy przy ciepłocie pokojowej i zgęszczaliśmy z paradimetylamidobenzaldehydem. Otrzymany barwik oznaczaliśmy spektrofotometrycznie. Był to więc ten sam odczyn Ehrlicha, wykonany z oczyszczonym indolem. Ilości indolu, otrzymane w ten sposób, są o wiele mniejsze od liczb, wyrażających odczyn Ehrlicha, co wynika z poprzednio omówionej różnicy. Odczyn Ehrlicha nie jest bowiem tylko odczynem indolowym, ale raczej odczynem urobilinogenu. Co więcej, odczyn ten daje bezpośrednio w kale bardzo słabe zabarwienie nawet tam, gdzie indolu jest dużo, a urobilinogenu wcale niema (brak żółci — *acholia).*

Mimo to jest pewien związek między temi liczbami tam, gdzie wydzielenie żółci jest jednostajne i gdzie odczyn

Tablica I.

Data	Dyeta mleczna w warunkach prawidłowych	Indol w kale (Ehrlich) %	Azot w kale %	Indykan w moczu %	Azot w moczu %	Urobilin w moczu %	Urobilin w kale %	Ilość kału %	Ilość moczu %	Siarka aromatyczna %	Części suche kału %	Azot w kale %	Azot moczu dziennie %
22/XI	Mleko, chleb, masło	0,224	0,9358	0,0070	1,085	0,00066	0,099	400	1600	—	24,12	3,88	17,365
2/XII	Mleko i chleb	0,333	1,0899	0,0070	1,617	0,00364	0,1894	231	1200	—	23,44	4,65	19,404
12/XII	Mleko, chleb, ser	0,321	1,2903	0,0050	1,870	0,000945	0,1015	226	1460	0,00409	22,48	5,74	27,289
8/I	Mleko i chleb	0,0623	0,9634	0,0025	0,903	0,00189	0,5499	310	2210	0,00321	22,20	4,34	20,956
10/I	Mleko i chleb (3 wypróżnienia) .	0.275	0,8546	0,9033	1,125	0,00087	0,4715	270	1500	0,00367	18,66	4,58	16,875
14/I	Mleko i chleb (3 dni zatrzym. kału).	0,234	1,2105	0,0024	0,950	0,00207	0,2995	453	1730	0,00305	24,96	4,85	16,591
9/II	Mleko, chleb i ser	0,246	1,1412	0,0036	1,120	0,00215	0,2549	246	2010	—	21,82	5,23	23,52
11/II	Mleko, chleb i masło	0,295	0,9636	0,0035	0,983	0,0009	0,093	287	1830	0,00354	23,11	4,17	17,988
29/II	Mleko, chleb i masło	0,1611	0,9632	0,0022	1,008	0,00131	0,6574	217	1500	0,00353	23,96	4,02	15,12
2/III	Mleko, chleb i ser	0,5915	1,0516	0,0015	1,740	0,00131	0,293	315	1650	0'00345	22,47	4,68	27,71
5/III	Mleko i chleb	0,468	1,2085	0,0032	0 980	0,00062	0,1136	320	1750	0,00306	24,41	4.91	17,15
13/III	Mleko, chleb i cukier	0,282	0,3404	0,0040	1,290	0,00137	0,0268	462	1250	0,00392	6.92	4,92	14,87
14/III	Mleko, chleb i cukier	0,832	1,0617	0,0016	1,365	0,00134	0,0851	192	1180	0,00388	19,13	5,55	16,08
20/III	Mleko, chleb, słonina	0,256	0,801	0,0016	1,015	0,000912	0,0685	273	1625	0,00391	22,50	3,56	16,54
28/III	Mleko, chleb, cukier	1,042	0,8364	0,0013	0,875	0.000526	0,0789	280	2290	0,0029	20,91	4,00	19,047
14/XI	Mleko, chleb, masło	0,4045	1,0869	0,0040	1,092	0,000731	0,0780	260	1600	0,00346	25,16	4,35	17,47
17/XI	Mleko, chleb HCl 100 gr $^1/_{10}$ n. .	0,372	1,022	0,0020	0,997	0,000791	0,0591	240	1600	0,0025	21,48	4,76	15,96
21/XI	Mleko, chleb	0,388	0,8713	0,0035	0,9695	0,600445	0,0951	315	1740	0,0035	20,03	4,54	16,86
24/XI	Mleko, chleb NaOH $^1/_4$ n. 100. .	0,2439	0,8488	0,0055	1,227	0,00154	0,0121	250	1350	0,00356	29,38	4,38	15,21
2/XII	Mleko i chleb	0,4205	1,2996	0,0035	1,379	0,001208	0,2307	250	1230	0,0043	22,16	5,91	16,96
6/XII	Mleko, chleb, masło	0,2413	0,7668	0,0065	0,875	0,001423	0,2906	330	1500	0,00417	21.54	3,01	13,12
8/XII	Mleko, chleb, cukier	0,3443	0,9146	0,0040	0,742	0,00154	0,0329	270	1830	0,00389	22,93	3,98	12,57
10/XII	Mleko, chleb, cukier	0,7840	0,9298	0,0030	0,700	0,001175	0,0587	220	1400	0,09352	21,38	4,16	9,14

Tablica II.

Rodzaj choroby	Indol w kale (Ehrlich) %	Azot w kale %	Indykan w moczu %	Azot w moczu %	Urobilin w moczu %	Urobilin w kale %	Ilość kału	Ilość moczu	Siarka aromatyczna	Czastki stałe w kale	% czotu w kale
Rozwolnienie (prawidłowe)	0,0210	0,8205	0,0098	1,4855	0,00727	0,262	—	—	—	15,60	5,207
Roślinna dyeta (warunki prawidł.) .	0,0328	0,3721	0,0040	1,414	0,00105	0,158	585	900	0,0062	12,72	3,857
Dziecko, r. m., 9 l.	0,1450	0,8817	0,0056	1,137	0,00082	0,0765	—	—	0,00411	18,18	4,88
„ r. ż., 7 l.	0,3000	1,1771	0,0045	0,896	0,00082	0,1123	—	—	0,00377	24,32	4,79
Goraczka, dziecko, 7 l.	0,5088	—	0,0030	1,190	—	0,1459	—	—	0,00359	—	—
Zapalenie płuc, r. m., 30 l. . . .	0,1470	0,5966	0,0050	1,655	0,00173	0,298	—	—	0,00697	15,62	3,82
Dur brzuszny, r. m. I tydzień . .	0,208	0,21286	0,0050	2,1333	0,00319	0,0233	1,000	—	0,00602	3,45	6,17
„ „ „ „ II „ . .	2,706	0,7404	0,0090	1,484	0,00515	0,146	75	—	0,00935	19,85	3,73
„ „ „ „ III „ . .	0,5201	0,5447	0,0015	0,630	0,00151	0,0899	180	—	0,00293	22,42	2,43
Niedokrwistość, r. ż. Zatwardzenie .	0,4692	2,0925	0,0027	—	0,00137	0,2211	75	—	0,00478	40,83	5,12
„ „ „ „ .	1,437	1,3753	0,0055(?)	1,148	0,002318	0,7815	120	—	0,00219	22,51	6,11
Nowotwór złośliwy, r. ż.	0,3835	1,2409	0,0035	0,504	0,00098	0,1984	80	—	0,0028	21,74	5,708
„ wątroby, r. m. (bez żółtaczki)	1,230	0,6623	0,0075	1,557	—	0,1412	220	—	0,01268	18,76	3,53
Nowotwór wątroby, r. ż. (żółtaczka).	0,0408	0,9664	0,0030	0,997	0,00150	0,0423	50	—	0,0033	22,58	4,28
„ „ „ „ „ .	0,0531	0,9452	0,0375!	1,064	0,00357	0,0404	50	—	0,01253	27,32	3,46
Stwardnienie wątroby, r. ż. . . .	0,2137	1,3034	0,0105	0,840	0,00173	0,3213	175	—	0,00611	18,41	7,08
„ „ r. m. . . .	0,4205	0,7797	0,0087	0,791	0,00245	0,3625	215	—	0,00634	23,00	3,39
„ „ r. m. . . .	0,901	0,9106	0,0150	1,435	0,00345	0,756	—	—	0,00644	16,32	5,58
„ „ r. m. . . .	0,1796	0,800	0,0055	1,169	0,00428	0,0448	212	—	0,00609	14,78	—
„ „ r. ż. . . .	0,1443	0,6569	0,0035	0,861	0,90464	0,0902	138	—	0,00300	15,83	4,15
Żółtaczka nieżytowa, r. m.	0,2530	0,6368	0,0110	1,2425	0,00058	0,2810	270	—	0,00746	13,28	4,75
„ „ r. ż.	0,1040	0,6461	0,0150	0,756	0,00274	0,0318	—	—	0,01031	19,60	3,27
„ „ I tydzień . .	0,0766	0,8677	0,0085	0,8925	0,00183	0,190	—	—	0,00725	20,18	4,03
„ „ II tydzień . .	0,0520	0,8496	0,0082	0,8242	0,00115	0,4654	—	—	0,00317	14,09	6,03
Kamienie żółciowe, r. ż.	0,5364	0,4696	0,0068	0,700	0,00245	0,0490	—	—	0,00500	14,63	5,21
Achylia gastrica, r. ż.	0,9930	0,5849	0,0050	0,315	0,0055	0,0887	190	—	0,00258	14,48	4,04
Cukrzyca, r. m.	0,1190	0,6027	0,0020	0,441	0,000373	0,0993	30	—	0,00590	16,58	4,00
Cukrzyca, r. m.	0,0647	0,7309	0,0155	2,0307	—	0,0665	340	—	0,01071	8,67	8,42
Cukrzyca, r. m.	0,0713	0,7293	0'0043	0,420	0,000202	0,1311	70	—	0,00147	11,15	6,55

Ehrlicha wyraża mniejszą lub większą ilość wytworzonego urobilinogenu. Ta ilość jest potrochu jak indol wyrazem gnicia, jak to z pierwszej tablicy widzimy.

W tablicy III zawarte są wyniki badań indolu w żółtaczce przed i po jej ustąpieniu. Wynika z nich, że indol w kale prawie zawsze powiększa się w czasie trwania acholii, a maleje po jej ustąpieniu [2]). Indykan w moczu zachowuje się tak samo. Nie należy jednak przypuszczać, że zależność taka świadczy o przenikaniu indolu do tkanek, bo nietylko zdarzają się takie przypadki, w których mimo zmniejszenia indolu po ustąpieniu żółtaczki indykan się powiększa, ale i sama ilość indykanu w moczu zdaje się mieć inne źródła, o których zaraz mówić będziemy.

We wszystkich zaburzeniach czynności wątroby stwierdza się obfity indykan w moczu mimo, że indol kału bardzo się waha. Indol kału, jak uczą nasze doświadczenia późniejsze, zależy głównie od jakości pokarmu, a indykan w moczu od stanu wymiany materyi. Naprzykład przy gorączce spotykamy bardzo obfity indykan, obok nieznacznej ilości indolu.

Uderzający jest wzrost wydzielania indykanu przy zatruciu fosforem i przy gruźlicznym nieżycie jelit. W pierwszym przypadku badaliśmy mocz i kał zaraz po otruciu i w dziesięć dni potem i zauważyliśmy, że indykan zmniejszył się znacznie w moczu mimo, że indol w kale raczej się przy obfitszem odżywianiu powiększył. W przypadku gruźlicy było dziennie 5 płynnych wypróżnień, mowy więc niema o wessaniu z jelit, tembardziej, że wysoka liczba azotu świadczy o złem chłonieniu; mimo to indykan dochodzi do najwyższych ilości, jakie w moczu spotykać można.

Wpływ laktobacyliny na zdrowych, którą podawano w postaci mleka kwaśnego nie dał się uwidocznić. Wprawdzie stwierdzaliśmy chwilowe zmniejszenie indolu w kale i indykanu w moczu, ale wahaćby się można co do przyczyn tego zmniejszenia. W drugim przypadku nie można było nawet tego przejściowego zmniejszenia w kale i w moczu zauważyć. Natomiast stwierdzono wybitne zmniejszanie się barwików kału. Liczby urobiliny wyraźnie spadają w obu badanych przypadkach. Nie można jednak stanowczo twierdzić, że zmniejszenie to stoi w związku z podawaniem laktobacyliny.

W tablicy IV zamieszczone są wyniki badań ustroju prawidłowego. Stałą dyetą była dyeta, składająca się z 2—3 litrów mleka i 350—400 gr bułki. Przy tej dyecie, dość obfitej w węglowodany, ilość indolu w kale jest znaczniejsza, niż przy dyecie mieszanej. Ilość indykanu zaś zachowuje się wprost przeciwnie, o czem świadczą liczby, zawarte w trzeciej i czwartej tablicy. Dodatek 200 gr sera wywołuje stosunkowe zmniejszenie indolu w kale i takież zmniejszenie indykanu w moczu mimo, że bezwzględna ilość się zwiększa. Dodanie 100—200 gr masła powiększa indol w kale i w moczu. Cukier zmniejsza indykan w moczu, szczególnie bezwzględną jego ilość, natomiast bardzo znacznie powiększa indol kału.

Zażywanie urotropiny, którą podawaliśmy w ilości bardzo znacznej (4—5 gr dziennie aż do wywołania szczypania w pęcherzu i w odbytnicy) zupełnie nie wpływa na ilość indolu w kale, natomiast znacznie obniża indykan moczu, zarówno w stosunku do azotu, jak i bezwzględnie. Doświad-

[2]) Indol w kale zwiększa się wogóle przy dyecie obfitującej w tłuszcz.

Tablica III.

Rodzaj choroby	Ilość kału	Części stałe %	Azot części stałych %	Ehrlich Rent. %	Indol %	Urobilina kału %	Ilość moczu %	Azot moczu %	Indygo moczu %	$BaSO_4$ %	Urobilina moczu %
Stan prawidłowy. Dyeta mleczna	304	20,9	4,31	0,790	0,0068	0,254	1070	1,347	0,00286	0,0177	0,0015
„ 200 gr. cukru	434	14,26	4,86	0,508	0,0069	0,138	1050	1,435	0,0052	0,0241	0,0015
Zatrucie fosforem	73	20,0	7,35	0,250	0,0015	0,498	1000	1,82	0,0186	0,0790	0,0042
po 10 dniach	30	16,8	7,4	0,340	0,0031	0,154	1000	0,93	0,0063	0,0242	—
Żółtaczka nieżytowa	90	20,4	3,71	0,043	0,0029	0,021	—	0,593	0,0028	0,0143	0,00664
po 10 dniach	—	11,70	4,52	0,110	0,00104	0,090	—	0,602	0,0042	0,0211	0,0040
Prawidłowy (dyeta roślinna)	420	9,49	5,29	0,580	0,0017	0,225	1200	0,658	0,0027	0,0285	0,0012
Żółtaczka nieżytowa	80	24,08	5,13	0,085	0,6041	0,054	—	0,717	0,0166	0,0425	0,0042
po 10 dniach	150	10,48	—	0,720	0,0014	0,185	—	0,595	0.0031	0,0614	0,00143
Żółtaczka	150	16,70	9,54	0,410	0,0053	0,142	1000	0,519	0,0043	0,0290	0,0020
Gorączka (sepsis)	70	32,9	—	0,270	0,0016	0,0705	—	0,700	0,0073	0,0667	0,0084
Żółtaczka	300	23,3	5,00	0,310	0,0019	0,183	1000	1,704	0,0044	0,0404	0,0085
Żółtaczka po 10 dniach	150	22,84	7,40	0,731	0,0009	0,364	1100	1,505	0,0029	0,0252	0,0017
Nowotwór (Żółtaczka)	120	13,8	8,47	0,013	0,0015	0,016	1000	1,26	0,0090	0,0447	0,0041
po 10 dniach	200	15,4	5,00	—	0,0013	0,009	—	0,665	0,0050	0,0210	—
Nowotwór wątroby	200	15,9	7,23	0,041	0,0008	—	—	0,575	0,0058	0,0213	0,0015
Blednica (zatwardn.)	60	45,17	2,38	0,071	0,0066	0,145	—	0,787	0,0081	0,0535	—
Stwardnienie wątroby	130	13,07	3,76	0,0250	0,0016	0,040	—	0,609	0,0057	0,0188	0,0011
Żółtaczka nieżytowa	200	25,9	2,45	0,036	0,0019	0,073	—	1,015	0,0053	0,0332	—
Gruźlica (rozwolnienie)	500	6,73	7,99	0,029	0,0010	6,053	—	1,015	0,0189	0,0548	—
Prawidłowy (mieszana)	—	11,62	7,59	0,602	0,0026	0.587	1800	1,320	0,0041	0,0248	0,0014
„ „	290	16,26	6,47	0,360	0,0031	0,201	1800	1,120	0,0055	0,0259	0,0013
„ Laktobacylina	320	17,77	6,94	0,170	0,0019	0,309	2050	0,892	0,0059	0,0241	—
„ „	240	16,51	6,88	0,180	0,0013	0,168	2000	0,763	0,0039	0,0193	0,0013
„ „	410	10,20	6,09	0,850	0,9041	0,311	1900	0,630	0,0029	0,0250	—
„ Mleko i chleb	90	20,2	4,70	0,640	0,0010	0,412	1000	1,505	0,0104	0,0373	—
„ „ 200 gr cukru	80	18,6	5,70	0,410	0,0014	0,369	1000	0,848	0,0028	0,0286	—
Prawidłowy (mieszana)	—	32,6	11,07	0,650	0,0022	0,414	820	2,018	0,0100	0,0420	0,0025
„ „	—	30,2	6,90	0,866	0,0022	0,846	900	1,890	0,0058	0,0593	0,0028
Laktobacylina	—	35,2	6,34	0,640	0,0015	0,240	800	2,17	0,0150	0,0720	0,0015
„	—	27,7	6,58	0,511	0,0020	0,169	—	1,505	0,0100	0,0532	0,0017
„	—	35,4	6,44	1,090	0,0048	0,176	900	1,515	0,0103	0,0517	0,0018
„	—	32,9	6,12	0,712	0,0025	0,700	1200	1,26	0,0033	0,0420	—

Tablica IV.

L. porz.		Ilość moczu	% N w moczu	Cały N w moczu gr	Indygo %	Siarka kwas aromaty %	Ilość kału gr	% części stałych	% azotu części stałych	Cała ilość kału gr	Cała ilość azotu gr	Cała ilość indolu gr	Cała ilość indyga
1	$2^{1}/_{2}$ l. mleka, 300—400 bułki	1,800	1,24	22,32	0,0025	0,0242	90	31,8	4	28,62	1,144	0,005	0,0450
2	Zmęczenie	1,100	1,694	18,63	0,0029	0,0254	—	—	—	—	—	0,01885	0,0319
3	Zatwardzenie	1,700	1,137	19,33	0,0027	0,0262	290	27,8	3.54	80,62	2,823	0,01885	0,0469
4	$2^{1}/_{2}$ l. mleka, 300—400 bułki Zmęczenie.	700	1,911	13,37	0,0046	0,0455	190	20,02	4,42	38,00	1,679	0,0068	0,0322
5	2 l. ml., 300 gr. bułki . . Głód.	1,000	1,242	12,42	0,0056	0,0371	—	—	—	—	—	—	0,0560
6	$2^{3}/_{4}$ l. mleka, 400 gr bułki .	1,400	1,38	19,32	0,0049	0,0315	160	30,55	3,83	48,80	1,854	0,0070	0,0680
7	$2^{1}/_{4}$ l. mleka, 300 gr bułki 250 gr cukru	1,300	1,218	15,83	—	0,0254	—	—	—	—	—	—	—
8	$2^{1}/_{4}$ l. mleka, 300 gr bułki 250 gr cukru	1,100	1,513	16,64	0,0040	0,0367	130	22,05	5,05	28,66	1,456	0,00777	0,0454
9	—	—	—	—	—	—	200	14,72	4,58	29,44	1,348	0,01040	0,0
10	Po cukrze	1,200	1,228	14,74	0,0036	0,0307	50	20,08	1,81	10,08	0,18?	0,0034	0,0432
11	3 l. mleka, 400 gr bułki .	1,950	1,202	23,43	0,0093	0,0378	350	19,22	4,32	67,27	2,825	0,0209	0,1767
12	$2^{1}/_{2}$ l. mleka, 300 gr bułki, 500 gr sera	2,300	1,73	39,79	0,0023	0,0252	75	22,35	3,72	16,76	0,619	0,0026	0,0529
13	3 l. mleka, 400 gr bułki .	2,000	1,12	22,40	0,0058	0,0302	400	22,18	4,09	88,72	3,636	0,0209	0,1160
14	2 l. mleka, 300 gr bułki, 150 gr masła	1,900	1,05	19,95	0,0062	0,0328	290	19,55	4,27	50,39	2,116	0,0209	0,1178
15	2 l. mleka, 300 gr bułki, 500 gr sera	2,000	2,005	40,06	0,0052	0,0252	225	20,28	5,76	45,62	2,600	0,0225	0,1040
16	$2^{1}/_{4}$ l. mleka, 400 gr bułki .	2,000	1,365	27,30	0,0054	0,0212	90	13,12	4,83	9,80	0,473	0,0061	0,1080
17	2 l. ml., 300 gr b., 200 gr c.	1,050	1,421	14,91	0,0050	0,0449	310	19,58	5,65	60,69	3,399	0,0298	0,0525
18	„ „ „ „ „ „ „ „	1,250	1,234	15,27	0,0053	0,0353	85	29,00	5,48	24,65	1,331	0,00576	0,0622
19	2 l. mleka, 300 gr bułki, 150 gr masła	1,350	1,035	13,97	0,0049	0,0272	110	23,3	4,64	25,63	1,189	0,0124	0,0661
20	2 l. mleka, 300 gr bułki, 200 gr cukru	1,500	1,001	15,00	0,0058	0,0232	140	12,56	5,01	17,584	0,8792	0,0075	0,0870
21	$2^{1}/_{2}$ l. mleka, 350 gr bułki .	1,800	1,001	18,01	0,0035	0.0202	200	23,33	4,06	46,66	1,894	0,0132	0,0630
22	2 dn. Urotropina	1,900	1,239	23,54	0,0029	0,0197	200	20,92	4,11	41,84	1,719	0,0135	0,0551
23	4 dn. Urotropina , . . .	1,900	1,26	23,94	0,0023	0,0215	170	23,90	5,19	40,63	2,108	0,0109	0,0437
24	Gruczoł tarczowy	1,500	—	—	0,0032 0,0041	—	190	—	—	—	—	0,0138	0,0378
25	Gruczoł tarczowy	2,400	1,144	27,45	0,0068	0,0239	240 206	20,36	5,42 4,34	— 41,94	— 1,820	0,0126 0,0106	0,1536
26	Gruczoł tarczowy	2,200	1,12	24,64	0,0089	0,0240	200	20,50	4,30	41,00	1,763	0,0109	0,1958
27	Mieszana przeważnie . . . słodka i mączna	1,000	1,057	10,57	0,0084	c,0444	435	18,00	3,71	78,30	2,904	0,0270	0,0840
28	Przeważnie mączna . . .	2,500	0,623	15,58	0,0040	0,0243	320	20,40	4,12	65,28	2,689	0,0206	0,1000
29	„ , urotropina . .	2,100	0,721	15,14	0,0031	0,0225	350	14,87	3,82	52,045	1,822	0,0209	0,0651
30	Przeważnie białkowa . . .	2,700	1,064	28,72	0,0061	0,0274	230	19,29	5,89	44,367	2,609	0,0067	0,1647
31	Dodatek mącznych	1,350	1,054	14,17	0,0047	0,0473	290	24,18	5,54	70,02	3,878	0,0071	0,0634

Tablica V.

L. porz.		% azotu w moczu	% indyga w moczu	% kwasu siarkowego	Ilość kału gr	Ilość indolu absolutna	% substancyi suchej	% N w substancyi suchej	Ilość absolutna substancyi	Ilość absolutna N	Ilość indolu na 1 gr substancyi
1	Dur brzuszny I	1,267	0,0080	0,0367	100	0,0039	3,67	5,88	3.67	0,215	0,0010
2	Dur brzuszny II	1,365	0,0083	0,0590	115	0,0066	13,40	6,37	15,41	1,036	0,0004
3	Dur brzuszny III	0,371	0,0030	0,0184	140	0,0180	23,80	6,21	33,32	2,069	0,0006
4	Dur brzuszny I	0,7	0,0036	0,0276	300	0,00588	4,31	5,29	12,93	0,559	0,0004
5	—	1,02	0,0097	0,0586	—	—	—	—	—	—	—
6	Dur brzuszny I	1,8148	0,0080	0,0370	320	0,0036	4,0	3,96	12,8	0,499	0,0003
7	Dur brzuszny II	1,085	0,0055	0,0332	90	0,00308	13,66	—	12,2	—	0,0002
8	Dur brzuszny (nawrót) III .	1,05	0,0075	0,0631	500	0,00852	4,08	4,19	20,4	0,838	0,0004
9	Cukrzyca	0,8365	0,0065	0,0370	17	0,0005	27,66	4,83	4,7	0,225	0,0001
10	Cukrzyca . . . . . , . .	0,8715	0,0053	0,0700	95	0,0021	22,66	6,36	21,52	1,356	0,0001
11	Cukrzyca	0,581	0,0047	0,0262	195	0,00463	21,53	6,45	41,9	2,681	0,0001
12	Białaczka	1,449	0,0090	0,0682	72	0,0093	17,91	7,00	12,8	0,89	0,0007
13	Żółtaczka	0,840	0,0080	0,0521	90	0,01333	27,3	3,21	24,57	0,784	0,0005
14	Rak wątroby. Żółtaczka . .	1,19	0,0100	0,0557	290	0,00732	3,09	4,11	9,00	0,369	0,0008
15	Żółtaczka	0,665	0,0113	0,0347	200	0,0223	20,31	3,33	40,62	1,351	0,0005
16	Żółtaczka	0,742	0,0115	0,0463	140	0,0091	18,57	3,75	25,9	0,971	0,0003
17	Dur brzuszny D.	0,266	0,0035	0,0110	120	0,0028	18,75	5,69	22,5	1,252	0,0001
18	Dur brzuszny (ozdrowieniec) .	0,189	0,0036	0,0130	180	0,0131	20,22	5,53	36,0	1,98	0,0003
19	Gruźlica	1,155	0,0281	0,1412	200	0,0137	12,47	6,63	24,94	1,043	0,0005
20	Żółtaczka	0,717	0,0093	0,0300	135	0,0087	13,24	3,58	17,82	0,623	0,0004
21	Pies { 100 gr mięsa . . . 170 gr węglowod. . 800 gr wody . . .	0,465 0,339	0,0030 0,0031	0,0098 0,0128	87	0,0012	44,02	4,07	38,28	1,528	0,00003
22	Pies, węglowodany . . . . (gorączka)	1,764	0,0063	0,0229	35	0,0011	28,17	3,25	9,8	0,318	0,0001
23	Krowa	0,948	0,0620	0,3440	1,130	—	14,36	1,23	16,27	1,946	—

czenie to uczy, że mylnem jest przekonanie, jakoby urotropina zmniejszała ilość indykanu przez zmniejszanie gnicia w jelitach. Urotropina wpływa tylko na wymianę materyi i wydzielenie indykanu jest wyrazem pewnego rodzaju wymiany materyi.

Podawanie w ciągu 3 dni gruczołu tarczowego doprowadziło do wielkich ilości indykanu, nie wpływając wcale na gnicie w kiszkach. Indol w kale raczej się trochę zmniejszył, a indykan w moczu wzrósł nietylko bezwzględnie, ale i w stosunku do azotu, który jak zawsze przy podawaniu gruczołu wydzielał się obficiej. To doświadczenie na nowo dowiodło niezależności indykanu od gnicia w kiszkach, pozwoliło nam sądzić inaczej liczby znalezione i szukać innych źródeł indykanu.

Badanie kału nie daje nam bowiem pewnych wyników. Znaleziony indol może świadczyć o gniciu, ale równie dobrze o złem wessaniu. Jeżeli indolu jest dużo, to zachodzi pytanie, czy się równie dużo wessało, czy raczej nie dlatego jest go dużo, że wessanie jest niedokładne. Jeżeli indolu jest mało to znowu nie wiemy, czy dlatego mało, że gnicie jest małe, czy dlatego, że wszystek uległ wessaniu. Samo zatem oznaczenie indolu bez krytycznego rozpatrywania wymiany materyi może nas doprowadzić do błędnych lub niepewnych wniosków. Mało indolu w kale świadczyć może o wielkiej ilości indykanu, albo o małej. I odwrotnie: dużo indolu może iść w parze z małą ilością indykanu lub z wielkiemi jego ilościami. Wszystko się da wytłómaczyć.

Wnioski nasze nabierają pewności, jeżeli do jednorazowego spostrzeżenia dołączymy doświadczenie. Jeżeli przekonamy się, że przy roślinnej i mięsnej dyecie stale zwiększa się indykan w moczu, a maleje w kale, wtedy musimy przyznać, że zachodzą tam inne czynniki. Jeżeli dodatek węglowodanów zawsze powiększa indol w kale, a zmniejsza indykan moczu, to znowu musimy szukać innych przyczyn, nie tylko przypuszczać, że przez węglowodany zmienia się wsysanie indolu, bo dlaczegożby miało mięso pomagać wsysaniu, skoro przy mięsnej dyecie więcej jest niewessanego azotu, niż przy węglowodanowej.

Spostrzeganie poucza nas raczej o innej rzeczy: oto że rodzaj dyety jest w związku z wydzieleniem indykanu bez względu na gnicie w kiszkach. Przy pożywieniu czysto białkowem jest najmniej indykanu, najmniej ubocznych wytworów spalania w stosunku do azotu mimo, że bezwzględna ilość jest wielka. Przy żywieniu się cukrem, a szczególniej tłuszczami ilość indykanu się powiększa tak, jak powiększa się ilość amoniaku, acetonu, szczawianów, niespalonego azotu w formie oksyproteinowych kwasów i t. d. Że przypadkowo znajdziemy przytem więcej indolu w kale, to na wniosek nasz nie wpłynie, bo wiemy z liczb, że bezwzględna ilość indolu jest zbyt wielka w kale, aby porównać się miała z bezwzględnie małą ilością indykanu. Równoległość ilości indolu i indykanu tak samo mylić może, jak ich niezgodność. Z zestawienia naszego wynika, że głównym, choć niezbadanym czynnikiem jest rodzaj wymiany materyi, albo rodzaj spalania w wątrobie. Wessanie w jelitach może dostarczać pewien zapas indolu, który czasami może wpływać na ilość indykanu, ale istnieją niezaprzeczenie czynniki silniejsze.

Zestawimy raz jeszcze wyniki naszych doświadczeń, obliczając ilość indykanu na 1 gr. azotu w kale i w moczu.

Dyeta białkowa

Ilość dzienna azotu	40—39,	ilość indyk.	0,0026,	indolu	0,008
Dyeta węglowodanowa	27—22	» »	0,0045	»	0,006
	19—18	» »	0,0025	»	0,007
	15—10	» »	0,0050	»	0,008
Dyeta cukrowa	16—14	» »	0,0038	»	0,008
» tłuszczowa	19—13	» »	0,0056	»	0,010
Gruczoł tarczowy	27—24	» »	0,0070	»	0,006
Urotropina	23—24	» «	0,0021	»	0,007

To zestawienie dowodzi, że mimo tworzenia średnich liczb z szeregów doświadczeń, stałych zależności między indolem a indykanem wykryć nie można.

Zmęczenie może wywołać większe zmiany w wydzieleniu indykanu, niż dyeta, i przy tej samej ilości indolu w kale indykan zmieniać się może. Zbyt wielka ilość cukru w dyecie sprawia takie same zmiany, jak niedostateczna ilość, mimo że indol kału pozostaje bez zmiany. Należy pamiętać, że każde z tych doświadczeń trwało najmniej trzy dni. Liczby otrzymane są zatem liczbami średniemi, z których tworzymy nowe średnie.

Do podobnych wniosków wiedzie rozpatrywanie tablicy V. Zebrane tu spostrzeżenia duru brzusznego wykazują wielką ilość indykanu w początkach choroby mimo, że wypróżnienia są płynne i wsysanie upośledzone. Bezwzględna ilość indolu jest mała, chociaż w stosunku do ilości części stałych nazwaćby ją można wielką. Przyznajemy chętnie, że w durze w kiszkach napotykamy dużo indolu, zachodzi jednak pytanie, czy dlatego, że się nie wessał, czy dlatego, że gnicie jest większe. Najprawdopodobniej wchodzą w grę oba czynniki. Moglibyśmy zatem przypuszczać, że wielka ilość indykanu moczu jest tylko skutkiem obfitości indolu w kale. Badanie w dalszym przebiegu choroby uczy jednak inaczej, bo zaraz w następnym tygodniu widzimy znacznie mniejszą ilość indykanu w stosunku do części stałych, a indykan moczu zmianie nie uległ. Natomiast w trzecim tygodniu, zapewne pod wpływem lepszego odżywiania, indol w kale się powiększa zarówno bezwzględnie, jak w stosunku do części stałych, a indykan w moczu znacznie się obniża — W przypadku (B) drugim podwyższenie się gorączki wywołuje powiększenie indykanu w moczu, odpowiadające powiększeniu azotu, a indol w kale pozostaje bez zmiany. W dalszych przypadkach indykan zawsze idzie w parze z azotem moczu, nie z indolem w kale, co szczególniej widać u ozdrowieńców (D). W obu przypadkach cukrzycy znaleźliśmy znaczną ilość indykanu w moczu mimo bardzo małej ilości indolu w kale zarówno względnej, jak bezwzględnej. Wobec tego, co mówiliśmy wyżej, jest to zupełnie zrozumiałe. Pożywienie mięsne i roślinne daje małą ilość indolu w kale, a cukrzyca, szczególniej w wieku młodym, połączona z chudnięciem, doprowadza do rozkładu tkanek. Indykan jest tu raczej wyrazem ostatniego, niż skutkiem zawartości indolu w kiszkach, którego ilość we wszystkich trzech spostrzeżeniach jest mała i jednakowo mała w stosunku do części stałych. Możnaby z niejaką słusznością twierdzić, że przy stałej dyecie jest stała ilość indolu bez względu na indywidualny stan kiszek. Nigdzie bowiem w naszych spostrzeżeniach (prócz na osobniku zdrowym) niema tej stałości

w stosunku indolu do azotu, co w cukrzycy, i nigdzie też dyeta nie jest tak jednolitą, jak w tej chorobie.

W białaczce widzieliśmy znaczną ilość indykanu w moczu i znaczną ilość indolu w kale, nie wahamy się jednak twierdzić, że źródeł indykanu szukać należy w rozkładzie tkanek, a nie we wzmożonem gniciu w jelitach.

Następne bowiem spostrzeżenie stwierdza znacznie większą ilość indykanu w moczu obok znacznie mniejszej ilości indolu. Wszystkie żółtaczki okazują wprawdzie niezbyt dużą, ale w każdym razie znaczną zawartość indolu w kale, znowu prawie wszędzie jednaką w stosunku do azotu i części stałych. Tylko w przypadku rozwolnienia ilość indolu jest trochę większa i większa jest ilość azotu w kale prawdopodobnie wskutek złego chłonienia; zresztą prawie wszędzie na 1 gr. azotu przypada 0,017 indolu. Indykan w moczu jest o wiele wyższy, niż w innych chorobach i wogóle indykan przy zaburzeniach wątroby najbardziej zwracał uwagę badaczów. Można przypuszczać, że indykan jest skutkiem nietyle nieprawidłowego spalania, ile raczej niedostatecznego rozkładu w wątrobie. Wątroba wpływa rozkładająco i budująco na mnóstwo składników. Syntezy i analizy odbywają się w niej zawsze. Bardzo być może, że upośledzenie jej czynności wyraża się niedostatecznem niszczeniem indolu, wskutek czego znajdujemy w moczu nadmiar indykanu. Bardzo za tem przypuszczeniem przemawia nasz przypadek zatrucia fosforem, przy którem widzieliśmy wielkie ilości indykanu, bardziej jeszcze wszystkie zaburzenia czynności wątroby, w których stale był zwiększony indykan. Zwiększenie to ustępowało wraz z ustępowaniem choroby. Zmniejszenie żółtaczki szło w parze ze zmniejszeniem indykanu. Bardzo być może, że wpływ środków rozwalniających na zmniejszenie indykanu polega na szybszem krążeniu żółci. Czynnik ten w każdym razie obok przyspieszenia ruchu jelit rozważyć należy. W jednym wypadku ciężkiej przewlekłej żółtaczki chronicznej u 13-letniej dziewczynki mogliśmy zmienić dyetę, a z nią ilość indolu w kale. Mimo to ilość indykanu nie zmieniła się wcale, świadcząc, że podlega ona głębszym, nie dającym się zmienić wpływom. Gruźliczy nieżyt jelit wykazuje jak poprzednio wielkie ilości indykanu, obok małych ilości indolu, który wobec częstych wypróżnień wessać się nie może. (Obs (9) gruźlica).

Do powyższych spostrzeżeń dołączyliśmy trzy doświadczenia na zwierzętach. Badaliśmy kał i mocz psa, który karmiony był od dłuższego czasu pewną oznaczoną ilością mięsa i węglowodanów. Mocz badaliśmy dwa razy i znaleźliśmy prawie te same ilości indykanu. Kał badany raz jeden i stanowiący całą ilość, zebraną w ciągu kilku dni, zawierał bardzo niewielkie, ale przecie wyraźne ilości indolu. — Drugie badanie dotyczyło psa, który przebył operacyę i gorączkował. Odżywiano go wyłącznie mąką kukurydzianą. Indykan w moczu trochę zwiększony, indol w kale niewielki, ale wyraźny.

Chcieliśmy z tymi wynikami porównać wymianę materyi u krowy. Mocz zawierał ogromne ilości indykanu, co jest rzeczą ogólnie znaną. W kale nie wykryliśmy wcale indolu. Braliśmy do destylacyi duże ilości i badaliśmy najczulszą metodą. Możemy zatem przypuścić, że wytwarzanie indykanu związane jest z przemianą tkankową, a nie zawsze jest wynikiem przesiąkania indolu kiszkowego.

Na tem zakończyliśmy na razie nasze badania. Dużo pozostaje do wyjaśnienia; chcieliśmy tylko kilkoma spostrzeżeniami zachwiać wiarę w pochodzenie indykanu i wskazać drogi, któremi do wyjaśnienia tej zawiłej sprawy iść można.

Wyniki naszych badań dają się wyrazić w następujący sposób:

1) W ustroju prawidłowym ilość indolu w kale wzrasta z ilością pokarmów mącznych, a maleje przy odżywianiu białkiem.

Ilość indykanu moczu nie odpowiada ilości indolu w kale; przeciwnie, maleje przy węglowodanach, a wzrasta przy odżywianiu białkiem.

2) Nadmiar masła wpływa na powiększenie się ilości indykanu i indolu, co poczęści tłomaczy znaczne ilości indolu w kale bezżółciowym (acholicznym).

3) Urotropina zmniejsza ilość indykanu w moczu, nie zmieniając ilości indolu w kale.

4) Gruczoł tarczowy zwiększa ilość indykanu w moczu, nie zmieniając ilości indolu w kale.

5) Gorączki, zatrucia i choroby wyniszczające powiększają ilość indykanu w moczu bardzo silnie; ilości indolu w kale nie odpowiadają temu powiększeniu.

6) W durze brzusznym ilości indykanu idą równolegle z ilościami azotu wydzielonego, a nie z ilością indolu w kale.

7) W żółtaczkach bywa dużo indolu w kale i dużo indykanu w moczu, który utrzymuje się stale, mimo zmniejszenia indolu. Prawdopodobnie ilość indykanu zależy od upośledzenia czynności wątroby.

8) W moczu psa jest mało indykanu, w kale psa mało indolu.

9) W kale krowim niema wcale indolu, a w moczu krowim bardzo dużo indykanu.

10) Ilość indykanu przewyższa czasami odpowiadającą mu zazwyczaj ilość siarczanu.

Praca ta wykonaną zostaław zakładzie fizyologicznym prof. Adolfa Becka i miło mi wyrazić prof. Beckowi najszczersze podziękowanie za zajęcie się nią i pomoc, której mi nigdy nie odmawiał.

Wielce zobowiązany jestem Prof. Drowi Gluzińskiemu i Wiczkowskiemu, oraz ich asystentom Drom Franke, Czerneckiemu, Selzerowi za dostarczanie mi materyału klinicznego.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Benderski. **O miękkim i sztywnym (nerwowym) brzuchu.** (*Archiv f. Verdauungskr.* T. XIII., Z. 3). Autor dzieli oporność brzucha na prawidłowo miękką, t. j. taką, przy której obmacanie narządów wewnętrznych może być łatwo dokonane, na chorobowo miękką, której stopień może być oczywiście różny, oraz na twardą, również o różnem nasileniu. Ze stopnia oporności wnosić można często o rodzaju cierpienia. Brzuch chorobowo miękki zdarza się zazwyczaj przy chorobie Glenarda obniżonej wątrobie, nerce wędrującej, dalej przy rozstępie mięśni prostych, przepuklinach pępkowych itd. Brzuch twardy jest zazwyczaj wyrazem silnej drażliwości nerwowej i towarzyszy zazwyczaj cierpieniom natury nerwowej. *Schudmak.*

F. Lejars. **Punkty bolesne wśród zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Sem. médic.* Nr 11, 1908). Do ostatnich cza-

sów głoszono, że bolesność punktu Mac Burneya dowodzi zajęcia wyrostka robaczkowego. Tymczasem nowsze badania dowiodły, że punkt Mac Burneya nie zawsze odpowiada wyrostkowi, zwrócono zaś uwagę na t. zw. punkt Lanza, który leży w miejscu, gdzie się schodzi pierwsza trzecia z drugą trzecią częścią linii, łączącej poziomo oba przednie górne kolce k. biodrowej. W ostatnich zaś czasach zwrócił uwagę Morris na trzeci punkt bolesny, położony podobnie, jak punkt Mac Burneya na linii, łączącej górny przedni kolec z pępkiem, ale 4 ctm. poniżej pępka, który to punkt bolesny nietylko można stwierdzić wśród ostrego zapalenia wyrostka, ale co ważniejsza, nawet w toku zapalenia przewlekłego. Morris zwraca uwagę, że jego punkt bolesny zjawia się po prawej stronie wyłącznie w toku zapalenia wyrostka robaczkowego; natomiast w toku zapaleń jajowodów, macicy, lub jakiejkolwiek sprawy toczącej się w głębi miednicy, zjawiają się dwa symetrycznie ułożone punkty bolesne po jednej i po drugiej stronie pępka. L. zaleca także bardzo sposób badania, podany przez Rovsinga: uciskając zwolna od dołu ku górze okolicę kiszki zstępującej, a ewentualnie i od prawej ku lewej poprzeczną część okrężnicy, wywoływa się ból w okolicy kiszki ślepej, w sąsiedztwie punktu Mac Burneya, o ile wyrostek lub kątnica są zajęte. Żadnego bolu nie wywołuje ten sposób badania wśród innych schorzeń jamy brzusznej. Jest to sposób badania niejako z odległości. Bole wywołują cofające się guzy w jelicie grubem. Chorych, u których przypuszcza się zapalenie kątnicy lub wyrostka, powinno się badać wszystkimi wyżej podanymi sposobami. Z tego, który punkt jest bolesny, można w pewnej mierze wnosić i o ułożeniu wyrostka robaczkowego, pod tym względem trzeba jednak jeszcze dalszych doświadczeń.

Stahr.

Prof. Rosenheim. **Leczenie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 11). Autor jest stanowczym zwolennikiem wczesnego zabiegu w cięższych przypadkach ostrego zapalenia wyrostka. Leczenie olejem rącznikowym niejednemu choremu znaczną może przynieść szkodę, a nie jest wskazane, ponieważ lekkie objawy zaparcia u chorych, leczonych ciepłymi okładami, spokojem, ograniczeniem dyety i makowcem, nie dają dostatecznej podstawy do chwycenia się tego, wedle zdania R., bądźcobądź obosiecznego leku. *Dr Skórczewski.*

Jan Brodzki. **Badania doświadczalne ciśnienia krwi i wpływu pokarmów na toż ciśnienie przy przewlekłem zapaleniu nerek.** (*Dt. Arch. f. Klin. Med.* T. 93, 1908). Autor badał wpływ pożywienia, w szczególności soli kuchennej na ciśnienie krwi w przypadkach przewlekłego zapalenia nerek; poprzednio już zdawał sprawę z podobnych badań w 25 przypadkach ostrego zapalenia nerek na 27 Zjeździe balneologicznym w Dreznie w r. 1906. B. starał się wywołać przedewszystkiem t. zw. naczyniowe zapalenie nerek (*nephritis vasculosa*), dlatego, że czynność naczyń nerkowych jest w ścisłym związku z ogólnem ciśnieniem krwi. Jak wtenczas w przypadkach ostrego zapalenia nerek, tak i teraz w przypadkach przewlekłego zapalenia nerek przekonał się, że ciśnienie krwi bywa nie wielkie, tak, że przez to cała teorya francuska o ciśnieniu (Beaujard, Ambard, Cimber) wobec tych wyników upada. B. wykonywał badania przy trojakiem pożywieniu: 1) przy zwyczajnem pożywieniu, 2) przy czystem roślinnem pożywieniu z dodatkiem soli kuchennej, 3) przy czystem pożywieniu mięsnem z dodatkiem soli. Spostrzeżenia trwały 60—66 dni. Naprzód badano prawidłowe ciśnienie krwi w tętnicy szyjnej lub udowej za pomocą manometru rtęciowego. Potem wstrzykiwano co 2. dzień jady, wywołujące toksyczne zapalenie nerek, następnie zwierzęta zamykano w klatce, i podawano im pożywienie jednego z 3 wymienionych typów. Wydzielony mocz codziennie badano co do ilości, co do białka i mikroskopowo. Po 66 dniach mierzono ciśnienie krwi powtórnie, ewentualnie i trzeci raz. Do wywołania toksycznego chronicznego zapalenia nerek używano uranu i aloiny.

Dr J. Brodzki (Cudowa-Helouan).

Friedmann. **Fosfatometr oraz niektóre szczegóły dotyczące wydzielania się w moczu kwasu fosforowego i t. zw. fosfaturyi.** (*Münch. med. Woch.* 1908, Nr 15). F. podaje przyrząd własnego pomysłu, pozwalający oznaczyć ilościowo fosforany w moczu w sposób prosty i łatwy z dostateczną dokładnością. Fosfatometr ten wyrabia Altmann (Berlin, N. W. 6. Luisenstr. 47). Osad fosforanów w moczu uprawnia jedynie do przyjęcia fosfaturyi wrzekomej; wywołuje ten objaw przedewszystkiem zmniejszenie kwaśności w moczu; spotykamy więc objaw ten po wymiotach, obfitych libacyach, wprowadzeniu alkaliów lub organicznych kwasów, przy nieżytach jelit u dzieci, wreszcie w neurastenii płciowej. O fosfaturyi prawdziwej mówić należy wtedy, gdy dobowa ilość fosforanów wydzielonych jest nieprawidłowo wielka (ponad 4 gr na 24 godzin). Objaw ten występuje w przebiegu przewlekłych zapalnych spraw w kościach, w gruźlicy, blednicy, oksaluryi i skazie moczanowej, oraz w przebiegu spraw nerwowych, przebiegających z przygnębieniem. Odwrotnie spotykamy przy pewnych chorobach zmniejszenie się ilości wydzielanych drogą moczu fosforanów, przedewszystkiem w przebiegu krzywicy, białaczki, ostrego zaniku wątroby i przewlekłego zapalenia nerek. *Dr M. Godlewski.*

Gluziński: **W sprawie wydzielania chlorków w moczu przy schorzeniach nerek.** (*Wiener klinische Wochenschrift* 1908, Nr 14). Na podstawie ścisłego badania klinicznego, wysnuwa G. z przytoczonych szczegółowych historyi chorób następujące wnioski: 1) W przebiegu miażdżycy tętnic nerkowych oraz marskości nerek pojawiają się okresy zatrzymania chlorków w ustroju, którym towarzyszy ciężki obraz kliniczny ogólnego schorzenia. Występują wymioty, przyczem ilość kwasu solnego w wymiocinach niekiedy stale wzrasta, oraz wygórowane pragnienie. Brak bolów głowy i nieprzytomności, brak bolów mięśniowych. Ten stan chorobowy, który G. nazwał w przeciwstawieniu do zwyczajnej mocznicy — mocznicą bezchlorkową (*uraemia achlorica*) może po kilku dniach przejść pomyślnie lub też zakończyć się śmiertelnie przy potęgującem się osłabieniu i niepokoju i utracie przytomności bez drgawek. 2) Na kilka dni przed wystąpieniem zwyczajnych objawów klinicznych ostrego zapalenia nerek pojawia się grupa objawów chorobowych, jako okres zwiastunowy ostrego zapalenia nerek, nazwany przez G. okresem bezchlorkowym bez białkomoczu (*stadium achloricum sine albumine*). Przejawia się on ogólnem osłabieniem, wymiotami, śladami obrzęków, np. na twarzy, zmniejszeniem się ilości i zmętnieniem moczu, zatrzymaniem chlorków i brakiem białkomoczu, przy równoczesnej obecności wałeczków szklistych i ziarnistych i krwinek czerwonych w osadzie. Dlatego poleca G. systematyczne badanie moczu podczas okresu wyzdrawiania w płonicy. 3) Należy przypuścić, że tym objawom chorobowym odpowiada w nerkach stan, analogiczny do miąższowego zwyrodnienia, zachodzącego przy chorobach zakaźnych. 4) Nie należy bezwarunkowo przechodzić do porządku dziennego nad udziałem zmienionych nerek przy zatrzymaniu chlorków w przebiegu ostrych chorób zakaźnych. *Dr Blassberg.*

Schlesinger. **Pochodzenie zaczynu diastatycznego we krwi i stosunek jego do cukrzycy.** (*Deut. med. Wochensch.* 1908, Nr 14). Do oznaczania ilości zaczynu diastatycznego we krwi posługuje się S. swoją metodą, polegającą na barwnej próbie Lugola, występującej w rozczynach skrobi z dodatkiem surowicy krwi, które poprzednio przez ściśle określony czas trzymano w ciepłocie 40° C. Im więcej dodano surowicy, tem więcej przez to dodano zaczynu; zaczyn działając zmienia skrobię i próba Lugola jest ujemna. Używając kilku rozcieńczeń, oznacza S. ilość rozczynu zapomocą obliczenia. Zdolność diastatyczna surowicy krwi u rozmaitych gatunków zwierząt waha się bardzo znacznie, między 25—250, przytem jest zazwyczaj dla każdego gatunku stała; u człowieka jest ona bardzo niska (10—25). Po podwiązaniu przewodu Wirsunga u zwierzęcia, stwierdził S. zwiększenie się do 10-krotne zdolności diastatycznej już trzeciego dnia po zabiegu; następnie jednak zdolność diastatyczna słabła i wreszcie wracała do granic prawidłowych. U zwierząt, u których wycięto trzustkę, stwierdzał S. znaczne zmniejszenie się zdolności diastatycznej krwi już w 24 godzin po wycięciu. S. sądzi, że zaczyn diastatyczny pochodzi po większej części z trzustki; nasuwa mu się przypuszczenie, czy zdolność diastatyczna wątroby nie pochodzi jedynie od zawartości krwi w wątrobie. *Dr Skórczewski.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Rada Zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Posiedzenie w dniu 9. marca 1908.

1) Przyjęto sprawozdanie prezesa R. dw. Dra Merunowicza z wyborów do Rady państwa z kuryi większych posiadłości w Stryju, w których prezes brał udział, jako reprezentant większej posiadłości w Morszynie.

2) Uchwalono prowadzić w tym roku zakład kąpielowy w Morszynie we własnym zarządzie; kierownictwo zakładu powierzono Drowi Romanowi Hinzemu ze Lwowa; ze względu na powszechną drożyznę podniesiono ceny w Morszynie o 10%.

3) Przeprowadzono rozprawę ofertową co do poddzierżawy prawa propinacyi w Morszynie.

4) Celem uczczenia jubileuszu cesarza uchwalono na powiatowe przytulisko dla chorych i kalek w Stryju 100 K.

5) Udzielono zapomóg 6 wdowom po lekarzach, 2 sierotom i 1 choremu lekarzowi w łącznej kwocie 940 K. Podanie 1 wdowy po lekarzy o stałą pensyę uchwalono w myśl statutu przedłożyć Walnemu Zgromadzeniu.

Posiedzenie w dniu 16. maja 1908.

1) Uchwalono wysłać delegacyę na Zjazd lekarzy i przyrodników do Pragi.

2) Zatwierdzono umowę Towarzystwa ze Skarbem Państwa co do poszukiwań kainitu w Morszynie.

3) Uchwalono przyspieszyć budowę pomnika ś. p. Władysława Jasińskiego.

4) Wyrażono podziękowanie koledze Prof. Antoniemu Noga Marsowi za dar 1,100 K na fundusz jego imienia i p. Maryanowi Krzyżanowskiemu, nowonabywcy apteki Mikolascha, który z okazyi nabycia apteki złożył na rzecz wdów i sierót po lekarzach 1,000 K.

5) Na wniosek sekcyi przemyskiej postanowiono odświeżyć akcyę połączenia istniejących towarzystw lekarskich.

6) Udzielono zapomogę 1 wdowie po lekarzu w kwocie 160 K.

7) Na wniosek kol. Festenburga i Merunowicza uchwalono przystąpić w drodze właściwej do zmiany statutu w tym duchu, iżby także pełnoletnie sieroty po lekarzach mogły korzystać z funduszów towarzystwa, skoro się okaże, że są niezdolne do zarobkowania. Sekretarz gen.: *Dr S. Świątkowski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XII. Posiedzenie naukowe d. 15. maja 1908.

I. Dr Rydygier jun. omawia pokrótce **rany postrzałowe wątroby,** ich rodzaje, objawy i leczenie. Następnie omawia przypadek rany postrzałowej u chłopca 11-letniego. W przypadku tym nie było obrazu ciężkiego schorzenia. Zdjęcie rentgenowskie wykryło kulę poniżej 12 żebra. Wkrótce wystąpił odgłos bębenkowy w linii pachowej przedniej i ciepłota między 37—38°. Przypuszczano odmę opłucną otorbioną. Nakłuciem wydobyto ropę. Resekowano żebra, ropę wypuszczono; odgłos bębenkowy ustąpił. Ropa była zmieszana z krwią i żółcią. Po 3 miesiącach chory opuścił klinikę w dobrym stanie. W przypadku tym podnieść należy pomyślne zakończenie sprawy, co przy ranach wątroby jest rzadkością. — W dyskusyi zabierali głos: Dr Stachiewicz, Obtułowicz, Prym. Pisek i Prof. Rydygier.

II. Dr Czyżewicz jun. przedstawia chorą po **cięciu cesarskiem zewnątrzotrzewnem** sposobem Sellheima. Badanie chorej stwierdziło zmięknienie kości bardzo wysokiego stopnia. Płód w położeniu poprzecznem, bole porodowe, część pochwowa prawie zanikła, a ujście zewnętrzne wygodnie drożne dla dwóch palców. Chora podała, że wody odpłynęły; wewnętrznie zaś nie można się było dostać do pęcherza. Cięcie przeprowadzono w linii środkowej brzucha niżej pępka, odsunięto dolny załamek otrzewnej z pęcherza moczowego, a następnie z łatwością pęcherz od ściany szyi macicy. Wreszcie nacięto podłużnie szyję macicy, zaczynając na 1 cm powyżej ujścia zewnętrznego, a kończąc tuż poniżej silnego przyczepu otrzewnej do macicy. Z łatwością po przebiciu pęcherza płodowego wydobyto płód, a w 3 minuty zabiegiem Credego łożysko. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Wykonana operacya różniła się tem od sposobu Sellheima, że zamiast poprzecznego cięcia skóry użyto podłużnego. Jestto wogóle ósmy przypadek operowania ściśle zewnątrzotrzewnego, a pierwszy w Austryi. Prelegent podaje w końcu dzisiejszy stan nauki o cięciu cesarskiem przez szyję macicy. — W dyskusyi Dr Bocheński, omawiając zachowanie się macicy w drugim okresie porodowym, przyznaje, że sposób Sellheima jest do pewnego stopnia fizyologicznym. Dobra jest modyfikacya Fromego. B. zwraca uwagę na niekorzystne powikłania sposobu Sellheima, n. p. przy łożysku przodującem. Brak krwawienia w przypadku Dra Czyżewicza trzeba odnieść do tej szczęśliwej okoliczności, że pęcherz był zachowany.

III. Dr L. Feuerstein: **O serodyagnostyce w zastosowaniu do kiły.** Po krótkiem omówieniu bakteryologicznej metody rozpoznawania kiły zapomocą wykrycia krętka bladego i prób Neissera i Wolf-Eissnera, wyłuszcza prelegent w krótkości główne podstawy serodyagnostyki wogóle. Na zasadzie swoistej precypitacyi oparli swe próby serodyagnostyczne Fornet i Szereszewski, którzy ogłosili sposób rozpoznawania kiły, względnie wiądu rdzenia lub porażenia postępowego przez wiązanie surowicy chorego na kiłę we wczesnych okresach ze surowicą chorego na wiąd, resp. porażenie postępowe. Przy sprawdzaniu tego sposobu spostrzegał prelegent rzeczywiście powstawanie strątów przy takiem postępowaniu, ale okazało się w dalszym ciągu, że strątów tych za swoiste nie można uważać, że występują one również często przy mieszaninie surowic dwóch chorych na kiłę, albo 2 chorych na porażenie postępowe, wogóle dwóch surowic o rozmaitym ciężarze gatunkowym. Ze swoistą precypitacyą również nic nie mają wspólnego inne próby precypitacyjne, ogłoszone później. Z prób tych zajmował się prelegent głównie odczynem Klausnera, polegającym na rozcieńczaniu surowicy badanej wodą przekroploną, próbą Sachsa i Altmanna (dodanie 20% wyskoku) i wreszcie próbą lecytynową Porgesa i Meiera. Pierwsze dwie są zupełnie bezużyteczne, próba lecytynowa natomiast dała prelegentowi na 41 badanych przypadków kiły 25 razy wynik dodatni, na 14 przypadków kontrolnych ani razu wyniku dodatniego nie było; między kontrolnymi przypadkami nie było jednakowoż gruźlicy, która ma podług niektórych autorów bardzo często dawać wynik dodatni. Próbę lecytynową zmienił F. o tyle, że dla otrzymania dobrej zawiesiny rozpuszczał najpierw lecytynę w małej ilości eteru, potem dopiero dodawał odpowiednią ilość fizyologicznego rozczynu, aby uzyskać zawiesinę 0,2%. Po omówieniu zasady, na której Wassermann oparł swą próbę serodyagnostyczną, i obecnego stanu tej próby, zdaje prelegent szczegółowo sprawę z przebiegu swych doświadczeń pod tym względem. Jako »antygen« używał prelegent wyłącznie wyskokowego wyciągu ze serca morskiej świnki, resp. ze serca ludzkiego; oba wyciągi okazały się zupełnie odpowiednie. Stosunek ilościowy odczynników użytych do próby był następujący: 0,1 badanej surowicy, 0,1 wyciągu, 0,5 dopełniacza (1:10), 0,5 amboceptora hemolitycznego (w rozcieńczeniu, odpowiadającem 3-krotnej sile hemolitycznej), 0,5 zawiesiny krwinek czerwonych barana 4-procentowej. W żadnym przypadku kontrolnym nie otrzymał prelegent powstrzymania hemolizy. W 3 badanych przypadkach płonicy hemoliza wystąpiła nader wybitnie. W jednym przypadku duru plamistego wynik był dla przypadkowego błędu technicznego niepewny. Surowicy duru powrotnego nie mógł prelegent, mimo starań, uzyskać; doświadczenia należałoby jeszcze w tym kierunku uzupełnić. W zakończeniu omawia prelegent doniosłość próby Wassermanna ze stanowiska klinicznego.

Witold Nowicki.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Walne Zebranie d. 25. kwietnia 1907.

Walne zebranie było zarazem obchodem 50-letniego istnienia Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk. Uświetnili je swojem przybyciem z Krakowa Prof. Dr Kostanecki, Prof. Dr Klecki, Prof. Dr Ciechanowski, Doc. Dr Dobrowolski, Prezes Towarzystwa lekarskiego krakowskiego Dr Borzęcki, oraz Dr Kozerski z Warszawy. Prócz tego ze wszystkich okolic Księstwa Poznańskiego i Prus królewskich zjechali się lekarze w liczbie około 80.

1) Prezes Wydziału Radca Dr Franciszek Chłapowski wita drogich i miłych gości z Krakowa i Warszawy, wyrażając radość z ich przybycia, poczem proponuje na przewodniczących Walnego Zebrania Prof. Dra Kostaneckiego, Dra Borzęckiego i Dra Kozerskiego, oraz Dra Laskowskiego, seniora lekarzy wielkopolskich.

2) Prezes Radca Dr Chłapowski zdaje treściwie sprawę z 50-letniej działalności Wydziału, który wyłonił się z pierwotnego Wydziału przyrodniczego. Wydział lekarski ze wszystkich Wydziałów Tow. Przyj. Nauk był najżywotniejszy. Długi szereg odczytów i demonstracyi, liczne prace naukowe, bądź to w organie swym »Nowinach lekarskich«, bądź w pismach zagranicznych drukowane, świadczą, że Wydział stał na wysokości swego zadania.

3) Prof. Dr. Kostanecki wygłasza odczyt: **O sztucznem dzieworodztwie,** który w całości wyjdzie w »Nowinach lek.«

Za niezmiernie ciekawy odczyt, objaśniony znakomicie doskonałemi tablicami, podziękowano prelegentowi gorącymi oklaskami.

4) Dr Wojciech Grabowski przedstawia guz z powikłaniami w błędniku usznym.

5) Dr Chrzanowski przedstawia: a) okaz **mięśniaka macicy**, wyjętego nadpochwowo, wagi 6 funtów, b) okaz **mię-**

śniaka torbielowego, 20 funtów ważącego. Istniał on 6 lat bez większych objawów i sprawiał wrażenie torbieli jajnika. Przy operacyi okazało się, że jest to ogromny mięśniak, krwawiący bardzo łatwo, a zawierający liczne torbiele. Wyjęcie udało się po kilku godzinach z wielkim trudem. Operowana w 3 tygodnie wyjechała zdrowa do domu. c) **Torbiel skórzastą** wielkości głowy noworodka, zawierającą cuchnący, brązowy płyn z zębami i włosami, a powikłaną z rakiem. Zejście śmiertelne.

6) Dr Szuman z Torunia pokazuje **torbiel skórzastą**, zawierającą wielką ilość kulek tłuszczowych. Nad powstaniem tych kulek wszczęła się ożywiona dyskusya, w której Dr Święcicki zaznacza, że pierwszy Rokitański opisał tego rodzaju torbiel. Olshausen tłómaczy powstawanie kulek tłuszczowych w torbieli przez wpływ okręcenia szypułki torbieli. Fraenkel opisuje trzy takie przypadki. Bylicki z Ziembickim opisali przypadek podobny. Sam S. leczył chorą, przysłaną przez Dra Smólkowskiego z taką torbielą. Do roku 1895 opisano 11 przypadków. Przy chorobach wątroby spostrzegał Dobrowolski podobne twory.— Doc. Dr Dobrowolski podnosi rzadkość przedstawionego przypadku i zaznacza, że nowszych tłómaczeń powstania tych kulek brak.— Prof. Dr Ciechanowski wspomina, że trzy tygodnie temu widział w zakładzie Prof. Browicza taki sam przypadek. W kulkach znaleziono mikroskopowo tylko tłuszcz i cholestearynę.—Dr Szuman obstaje przy swojem zapatrywaniu, że kulki tworzą się przez nagły napływ wysięku wodnistego do tłuszczu narośli przy skręceniu szypuły.

7) Dr Mieczkowski przedstawia **wyrostek robaczkowy**, z którego nastąpiło przebicie do pęcherza. Chodziło **o promienicę.**

W dyskusyi Prof. Dr. Ciechanowski podaje, że w materyale sekcyjnym krakowskim promienica nie jest zbyt częsta. Spostrzegał przypadek promienicy wyrostka robaczkowego, obok promienicznych ropni wątroby.

8) Dr Chrzanowski przedstawia fotografie świetlane z szeregu operowanych przez siebie narośli itd. Fotografie odznaczają się tem, że w barwach naturalnych oddają oryginały.

9) Nastąpił odczyt Radcy Dra Panieńskiego: **O leczeniu niedomóg sercowych**, (Część pierwsza), oraz 10) referat Dra Gantkowskiego: **Pogląd na działalność miejskiej stacyi dla alkoholików.** Oba te odczyty ukażą się w »Nowinach Lekarskich«.

Z Walnem Zebraniem połączone było zwiedzenie miejskiej »Kuchni mlecznej« (Kropli mleka) dla dzieci, szpitalika św. Józefa, oraz osobliwości miasta. Poprzedziło zaś naukowe Zebranie Walne Zgromadzenie Pomocy koleżeńskiej, któremu przewodniczył Prof. Dr Klecki.

Po zakończeniu Walnego Zebrania Wydziału sporządzono wspólną fotografię, poczem odbyła się wspólna uczta w Bazarze, na której miejscowi Koledzy mieli sposobność wyrażenia wdzięczności gościom z Galicyi i Królestwa za uświetnienie obchodu. Ogólnie uwydatniło się pragnienie, żeby częściej nas odwiedzali nasi bracia z za słupów granicznych, niosąc do nas światło nauki i ciepło serc współczujących.

Dr. Adam Karwowski.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 22. kwietnia 1908 r.

1. Arnstein. **O nowych źródłach solanki używanej do picia w Ciechocinku, ich leczniczem znaczeniu i stosowaniu w cierpieniach narządu trawienia.** Dotąd stosowano wewnętrznie dwa rodzaje solanki ciechocińskiej, mocniejszą przeszło 2·5 prc. i słabszą 1·5 prc. W ostatnich latach odkryto dwa nowe źródła solanki z zawartością soli 1 prc. i 0·3 prc.; solanki te czerpane są u źródła, następnie nasyca się je kwasem węglowym, butelkuje i oddaje do handlu pod nazwą solanki Nr 10 (1 prc.) i Nr 8 (0·3 prc.). Te nowoodkryte solanki, wskutek nieznacznej ilości chlorku sodu i nasycenia ich kwasem węglowym, bardzo są zbliżone do znanych solanek europejskich, jak Kissingen, Homburg itp.; to też powinny one wyrugować te wody zagraniczne. W celu ścisłego określenia wpływu tych solanek na ustrój, prelegent wraz z kol. Róbinem przeprowadził szereg badań nad solanką 1 prc. gazowaną.

Wyniki tych badań są następujące: 1) Bezpośredniego wpływu ani na czynność żołądka chemiczną, ani na mechaniczną, gazowana solanka 1 prc. nie wywierała. 2) W przypadkach upośledzonego chemizmu pod wpływem tej solanki po pewnym czasie czynność wydzielnicza się wzmaga; przy dłuższem jednak używaniu występuje znowu spadek kwaśności treści żołądkowej, nieraz poniżej pierwotnego poziomu.

Spostrzeżenia nad działaniem solanki przy cierpieniach żołądka stwierdziły, że: 1) w nieżytach z upośledzonym chemizmem (*gastritis mucosa subacida*) w znacznej większości przypadków występowała wyraźna poprawa, objawy podmiotowe zmniejszały się, zaparcia znikały, chemizm żołądka się wzmagał; 2) w nerwicach żołądkowych tak przy prawidłowej, jak przy upośledzonej czynności wydzielniczej wpływ 1 prc. solanki gazowanej był mniej pewny.

W cierpieniach jelit dodatni wpływ 1 prc. solanki gazowanej zauważono przedewszystkiem przy przewlekłem zaparciu stolca. Prelegent sądzi, że 1 prc. solanka gazowana ciechocińska powinna wśród solanek europejskich zająć jedno z pierwszych miejsc, a u nas zastąpić powinna dotychczas szeroko stosowane solanki, jak kissingeńską, homburską i t. p.

W dyskusyi przytacza K. Ciągliński niedawno ogłoszoną pracę Meinela z Wiesbadenu, który na jednym coprawda, lecz za to bardzo szczegółowo opracowanym przypadku dowiódł, iż przy użyciu solanek kwas solny w żołądku znacznie wcześniej zaczyna się wydzielać, prędzej dosięga swego »maximum«, które znów jest większe, niż bez solanek. — Moraczewski (ze Lwowa) podaje wyniki własnych doświadczeń, dokonanych przed laty na klinice Gluzińskiego we Lwowie, które dążyły do określenia zależności między ilością kwasu solnego w treści żołądkowej, a ilością spożytej soli kuchennej rsp. chloru. Liczne spostrzeżenia dowiodły, że niema tu żadnej prostej zależności. Chorzy z silną stałą nadkwaśnością pomimo długotrwałego stosowania dyety prawie zupełnie pozbawionej chloru, wcale tej nadkwaśności się nie pozbywali. — Grundzach przypomina pracę Rejchmana i swe spostrzeżenia nad działaniem na żołądek stężonych rozczynów solnych (2—3—5% i więcej); badania te stwierdziły wytwarzanie bardzo wielkich ilości śluzu na zdrowych nawet błonach żołądkowych. — Landstein zwraca uwagę na nieścisłość doświadczeń prelegenta, który przystępował do badań nad solanką po jednorazowem zbadaniu treści żołądkowej chorego. Wiadomo powszechnie, jak często treść żołądkowa zmienia się u jednego i tego samego osobnika w różnych okolicznościach. Należało przed rozpoczęciem prób z solanką dokonać kilku conajmniej badań treści i liczbę średnią przyjąć za normę. Prelegent badania swe nad solanką Ciechocińską zwrócił jedynie w kierunku jej wpływu na wydzielanie, się soku żołądkowego, tymczasem w toku badań okazało się, że wpływ jej dodatni na podmiotowe objawy chorobowe polegać musi na czemś innem, skoro n. p. chorzy z niedomogą wydzielniczą żołądka, pomimo, że stopień kwaśności treści żołądkowej spadał, czuli się lepiej, a nawet zupełnie objawy chorobowe tracili. — Pruszyński podnosi okoliczność, że przy stosowaniu wód mineralnych często nie można zdać sobie sprawy, na czem polega ich działanie. Tem trudniej ocenić nasze wody których dotychczasowe rozbiory są bardzo nieścisłe. Prócz zawartości soli odgrywają tu bardzo ważną rolę i jony; nie bez wpływu są i inne domieszki mineralne, zawarte w solance, a także jej odczyn itp. — Starkiewicz podaje, że jakkolwiek pospolicie przyjmuje się, iż kwas węglowy ma podnosić wydzielniczą zdolność żołądka, to jednakże niedawno przeprowadzone przez niego i kol. Bełkowskiego badania stwierdzić tego nie zdołały. — Anastazy Landau dodaje, że do omawianych już przez innych mówców przeciwwskazań stosowania solanki zaliczyć należy biegunkę oraz skłonność do niej. Daleko większą przyszłość mieć będzie 0,3% solanka ciechocińska, jako nie drażniąca i izotoniczna.

2) K. Rzętkowski: **W sprawie leczenia otyłości.** Prelegent omówił głównie znaczenie tyreoidyny. Na zasadzie własnych badań dochodzi R. do wniosku: 1) że tyreoidyna w 80% przypadków obniża wagę; 2) że działa ona moczopędnie, wywołując wzmożone wydzielanie N z moczem, nie wskutek wypłukiwania zatrzymanego N z ustroju, lecz z przyczyn głębszych (rozpad białka ustrojowego); 3) na wydzielanie z moczem kwasu moczowego endogen tyreoidyna nie działa; 4) w porównaniu z jodotyryną tyreoidyna działa słabiej; 5) wpływ tyreoidyny na układ krwionośny jest nieznaczny. Badania w tym względzie polegające na oznaczaniu u chorych ciśnienia tętniczego maksymalnego, minimalnego, oraz amplitudy przy pomocy przyrządu Riva-Rocciego stwierdziły, że tyreoidyna nie wywiera w tym kierunku żadnego wpływu. Dawka, stosowana przez prelegenta, wynosiła 0·3—6 proszków dziennie. Żadnych ubocznych objawów R. nie spostrzegał.

W dyskusyi zabierało głos kilku mowców. Gdy jedni oddają pierwszeństwo w działaniu na zmniejszenie otyłości tyreoidynie, inni przenoszą w tym względzie jodotyrynę. *J. L.*

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Odczyt S. Trzebińskiego, wygłoszony na posiedzeniach d. 5. XII. 1907, 5. III. i 2. IV. 1908 r.: **Psychoza i neuroza w belletrystyce polskiej.**

Zamiarem prelegenta nie jest systematyczny przegląd całej polskiej belletrystyki z psychiatrycznego punktu widzenia, lecz tylko sprawozdanie z szeregu przygodnie zebranych literackich wrażeń. Psychiatryczne rozpoznanie różniczkowe, sprawiające nieraz znaczne trudności już wtedy, kiedy chodzi o przeprowadzenie go w zastosowaniu do realnych chorych, staje się jeszcze trudniejszem tam, gdzie chodzi o psychopatów z belletrystyki, o których wiemy tylko tyle, ile za stosowne uznał powiedzieć nam autor, traktujący rzecz często epizodycznie, a zawsze pod innym, niż nasz, kątem widzenia. Z tem wszystkiem należy podjąć próbę uporządkowania tego materyału według jego przynależności do pewnych znanych w nauce grup chorobowych, gdyż inaczej moglibyśmy się zgubić wśród licznych, bezładnie rozrzuconych przypadków.

Najprzód należy rozpatrzeć grupę, znaną lepiej w belletrystyce, niż w psychiatryi współczesnej, a obejmującą postacie z obłąkaniem, skonstruowanem sztucznie, według szablonu monomanii, który, zarzucony oddawna w nauce, przecież jeszcze nie przestał pokutować wśród publiczności. Wspólne cechy tej »literackiej« psychozy są mniej więcej następujące: 1) psychiczny uraz, jako jedyna przyczyna choroby, 2) nagły wybuch obłąkania pod wpływem wyżej wymienionego czynnika, 3) pomieszanie, polegające na wypełnieniu duszy chorego wyobrażeniami, bezpośrednio z owego psychicznego urazu wypływającemi. Jednym z najwięcej znanych prototypów takiego obłąkania jest Szekspirowska Ofelia. W naszej literaturze do tej kategoryi należą z dawniejszej poezyi i powieści: Aldona z »Mindowe« Słowackiego, Ksenia ze »Żmii« tegoż autora, Żona z »Nieboskiej Komedyi« Krasińskiego, Gustaw z »Dziadów« i Karusia z »Romantyczności« Mickiewicza, oraz wszyscy obłąkani, których historye opowiada nam Sztyrmer w powieści »Frenofagiusz i Frenolesty«. Z nowszej belletrystyki »Hrabia August« z powieści Mańkowskiego. Daleko więcej zbliżony do rzeczywistości jest już przebieg obłąkania pana Kitajgrodzkiego w Kaczkowskiego »Mężu Szalonym«.

Dalej spotykamy się z całym szeregiem postaci, których pomieszanie wybucha wśród objawów ostrego obłędu, z omamami, przywidzeniami, zanikiem zmysłu oryentacyjnego, nieraz zaś z pobudzeniem ruchowem, skierowanem ku niszczeniu wszystkiego, co się około chorego znajduje. Jako przyczyna występuje i tu przedewszystkiem uraz psychiczny, a więc silny afekt; żal, przestrach, zawiedziona miłość i t. p., chociaż w niektórych przypadkach widzimy też współdziałanie innych czynników etyologicznych, n. p. fizycznego wyczerpania albo psychopatycznego usposobienia. Tutaj należą: Leon ze »Snu Srebrnego Salomei« Słowackiego, Aneta z powieści Kraszewskiego »Jasełka«, Danusia i Siegfried von Loeve z Sienkiewiczowskich »Krzyżaków«, Dziki juhas z Tetmajera »Zbioru opowiadań Tatrzańskich«, stary Adler z »Powracającej Fali« Prusa, »Głupia Baba« ze zbioru nowel Gustawa Daniłowskiego, a nareszcie Młoda z Wyspiańskiego »Klątwy«. Chcąc pomieścić wyżej wyliczone osobistości w pewnych znanych działach chorobowych, trzebaby w niektórych przypadkach myśleć o psychozach inanicyjnych (z wycieńczenia), w innych o psychozach okresowych maniakalno-depresyjnych, o przedwczesnem otępieniu, a nawet (n. p. u Anety) o histeryi. W rzeczywistości zresztą ostry uraz psychiczny bywa bez porównania rzadziej, niż w belletrystyce przyczyną choroby umysłowej. Przemawiają za tem obok innych spostrzeżeń wyniki pracy Dra Władyczko »Duszewnyja zaboljewania wo wremia osady Port-Artura«. Z pośród chorych, spostrzeganych przez autora, kierownika oddziału psychiatrycznego w oblężonej twierdzy, wstąpiło na tenże oddział przez cały czas oblężenia wszystkiego 20 takich chorych, których obłąkanie wybuchło podczas wyżej wspomnianego okresu, a więc mogło pozostawać w pewnej względem towarzyszących mu duchowych wstrząśnień zależności. Otóż nawet, gdybyśmy podwoili tę liczbę wobec tego, że niektóre przypadki mogły dla różnych przyczyn przez oddział nie przechodzić, a więc nie figurować w statystyce, to zawsze jeszcze otrzymamy dopiero 40 przypadków na 52,000 ludzi, wchodzących w skład garnizonu, a więc znacznie mniej, niż 1‰. Przedwczesne otępienie *(dementia praecox)*, zdaje się, możnaby stwierdzić u »Starszego dziecka«, jako przyczynę zagadkowego samobójstwa w »Godzinie Myśli« Słowackiego, utworze, będącym zresztą, jak wiadomo, historyą przyjaciela poety, Ludwika Spitznagla, a także u Sewera Stamierowskiego w powieści Rodziewiczówny »Ona«.

Paranoikiem jest bezwątpienia Stary Hoff w Prusa »Pałac i rudera«, bezimienny waryat z Syrokomli »Melodyi z domu obłąkanych«, oraz może chory z Michałowskiego »Pamiętników obłąkanego«. Podobnymi zaś do paranoików są też zaliczeni do pierwszej grupy pensyonarze zakładu Bonifratrów z »Frenofagiusza« Sztyrmera.

Z bezwładem postępującym spotykamy się w »Bez dogmatu« (Davis), w »Zmierzchu« Krzywoszewskiego (mąż pani Maryi). Paralitykami są też zapewne Orłowski z »Fermentów« Reymonta i Olszewski z Belmonta »W wieku nerwowym«. W tej ostatniej powieści oprowadza nas autor po zakładzie obłąkanych, dając nam krótkie, lecz na ogół nader trafne, ścisłe i istotę rzeczy uwzględniające, pod względem psychiatrycznego prawdopodobieństwa bez porównania od Sztyrmerowskich wyższe, charakterystyki poszczególnych chorych.

Dalej widzimy otępienie niewiadomego pochodzenia (Pan Jacek z »Chłopów« Reymonta), zaburzenia psychiczne wskutek uszkodzenia głowy (Boryna z »Chłopów«, Mularz z Prusa »Lokator poddasza«, oraz Zawiłowski z »Rodziny Połanieckich« Sienkiewicza), popędową psychozę na tle zwyrodnienia (Głupia Zośka z »Placówki« Prusa), a nareszcie stany halucynacyjne (w »Kordyanie« Słowackiego, pod wpływem silnego afektu i w »Lambro« tegoż autora, wskutek otrucia makowcem!).

Wspomniawszy o teoryi histeryi, postawionej przez Freuda, prelegent przytacza kilka powieści, w których występują histeryczki, zatrzymując się nad powieścią Gabryeli Zapolskiej »W przedpieklu«, oraz nad studyum Przybyszewskiego »Synagoga Szatana«. Blizko histeryi stoją stany hypnotyczne; opis takiego stanu znajdujemy w Prusa »Faraonie«. W nowszej belletrystyce naszej wysuwają się na pierwszy plan zamiast właściwych chorób umysłowych t. zw. stany pośrednie, czyli przejściowe (Uebergangs-Zustände), stojące na granicy pomiędzy zdrowiem duchowem a psychopatyą. Roją się od takich postaci: »Próchno« Berenta, oraz powieści Przybyszewskiego, n. p. »Homo Sapiens«, »Synowie Ziemi« i inne, a cechę charakterystyczną ich stanowi przedewszystkiem zamknięcie się w sferze swej własnej indywidualności i dążenie do bezwzględnego jej rozwinięcia, jako jedyne hasło życiowe. Tem tłómaczy się brak etycznych aspiracyi w postępowaniu, oraz sprowadzenie sztuki jedynie tylko do sensacyi i nastroju. Jako dalsze następstwa podobnego światopoglądu występuje nadmierne rozwielmożnienie się w życiu i sztuce sfery czynników płciowych, oraz dążność do nadużywania sztucznych podniet, a więc tytoniu, wyskoku, morfiny, kokainy i t. p.

Czy potrzebujemy uciekać się do psychopatyi po wytłómaczenie postępowania Ewy z »Dziejów Grzechu« Żeromskiego, tego prelegent nie chce stanowczo rozstrzygać. Zdaje mu się jednak, że taka interpretacya nie leżała w intencyi autora, który peryodyczne wahania etyki bohaterki przedstawia, jako skutek działania raczej psychologicznego, niż psychopatycznego prawa. Studyowanie wyżej wspomnianych przejściowych stanów w życiu i literaturze może mieć także praktyczną doniosłość. Przekonawszy się bowiem, że w wielu przypadkach występowanie ich nie może być uważane, jako dziedziczna lub rozwojowa konieczność, tylko jako skutek działania różnych, dających się usunąć okoliczności, możemy prowadzić owocną pracę w celu zmniejszenia ich, dzisiaj niestety nadmiernie wielkiej i ciągle jeszcze rosnącej ilości. (*Streszczenie własne*).

Dyskusya: Stanisławski uważa, że należałoby jeszcze wspomnieć o Ewuni i księdzu Piotrze z »Dziadów«, oraz o niektórych postaciach z powieści Bolesławity, n. p. »Dziadunio«, dalej o czwartej żonie z »Bolesława Śmiałego« Wyspiańskiego, a wreszcie może także o Konradzie z »Wyzwolenia«. Przytem byłoby do życzenia, aby ktoś poddał należytemu oświetleniu z psychiatrycznego punktu widzenia nietylko postacie, występujące w poezyi i powieści, lecz także niektórych autorów oraz ludzi, którzy wywarli znaczny wpływ na umysły współczesnych sobie autorów, n. p. Towiańskiego. — Łążyński wspomina o książce Żmudzkiego »Posiew krwi« osnutej na tle wypadków ostatniej wojny, gdzie występuje zbiorowa psychoza. — Rumszewicz zaznacza, że do wywoływania wstrząsów psychicznych podczas ostatniej wojny przyczyniał się proch bezdymny, przerzucanie pocisków, które razić mogły zupełnie niespodzianie nawet ludzi za okopami ukrytych. — Obniski odpowiada, że jego zdaniem wstrząs psychiczny powinienby raczej być mniej wybitnym u ludzi rażonych znienacka, niż u takich, którzy ujrzawszy dym działowego wybuchu, przez kilka lub kilkanaście sekund w najwyższem napięciu wyczekują spadnięcia i eksplozyi pocisku. — Hoene robi uwagę, że prelegent nie wspomniał o kilku nowszych, odnoszących się do jego tematu, autorach. — Topolnicki w odpowiedzi Stanisławskiemu stwierdza, że na śliską drogę wchodzi ten, kto wszędzie chce się doszukać obłędu. Mo-

glibyśmy w ten sposób dojść do tego, że trzebaby wszystkich naszych wielkich ludzi uważać za waryatów. Rzeczywiście trwałe obłąkanie rzadko kiedy występuje nagle pod wpływem ostrego psychicznego urazu, natomiast wyżej wspomniany czynnik przyczynowy odgrywa poważną rolę przy powstawaniu histeryi. — Taraszkiewicz zwraca uwagę prelegenta na Ewę w »Dziejach grzechu«.

Prelegent: Widzenia i przeczucia Ewuni oraz księdza z »Dziadów« pojął i przedstawił Mickiewicz, jako jasnowidzenia, co się zaś tyczy nieuwzględnienia całego szeregu psychopatycznych lub nerwowo chorych postaci z naszej belletrystyki, to prelegent zastrzegł się na wstępie, że wykład jego całego materyału nie wyczerpuje, lecz nie mając żadnej pretensyi do zupełności, ma być tylko sprawozdaniem z mniej lub więcej przygodnych literackich wrażeń. Konrad z »Wyzwolenia«, to symbol, i wskutek tego trudno dla niego znaleźć miejsce w ramach dzisiejszego wykładu. Również nie wchodziło w zakres wykładu omawianie psychiki autorów. *M. Łażyński.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Wydział Towarzystwa samopomocy lekarzy odbył w d. 29. V. b. r. posiedzenie; przyjęto sprawozdanie z czynności w r. 1907, które będzie przedstawione Walnemu Zgromadzeniu. Walne Zgromadzenie uchwalono zwołać na 27. VI. b. r. — Na posiedzeniu zaś Wydziału w d. 3. VI. udzielono 2 zapomóg, uwolniono kilku kolegów od wkładek, uchwalono zająć się sprawą jednego z kolegów w stosunku do pewnej kasy chorych i udzielić »Głosowi lekarzy« 500 K. subwencyi. Rozpatrzenie sympatycznej myśli ściślejszych stosunków z pokrewnemi Towarzystwami, poruszonej przez kolegów przemyskich, na razie odroczono. *R.*

Do organizacyi wzywa lekarzy galicyjskich w przekonywającym wywodzie Dr Weinsberg w »Głosie lekarzy« (Nr 11). Wielokrotnie podnosiliśmy potrzebę załatwienia tej pierwszorzędnej sprawy, która obecnie wskutek uchwał Izb rękodzielniczych o kasach majsterskich staje się wprost piekącą. Toteż obojętność, okazywana dotąd w tej sprawie przez większość kolegów, jest równie niezrozumiałą, jak godną ubolewania. *R.*

Izbę lekarską zachodnio-galicyjską zawiadomił Wydział powiatowy sanocki o rozpisaniu konkursu na posadę okręgową w Jaśliskach z terminem do 15. VII. 1908.

Domy lekarskie, t. j. rodzaj wspólnych prywatnych poliklinik, w którychby lekarze mogli na pewne godziny kolejno korzystać z pokojów ordynacyjnych, mieszkając w odleglejszych dzielnicach miasta, radzi urządzać Dr J. Zawadzki (Med. i kron. lek.) ze względu na wzrastającą drożyznę mieszkań w śródmieściu Warszawy. *R.*

Popieranie zdrojowisk polskich wzięła sobie bardzo do serca prasa codzienna warszawska i przeprowadza je wzorowo. Prócz całego szeregu luźnych artykułów urządzają dzienniki (np. »Głos warszawski« Nr 69 i nast.) rodzaj ankiety o wszystkich zdrojowiskach polskich, wynikowi jej poświęcając cały szereg numerów. *R.*

W sprawie mamek zarządziło austryackie ministerstwo handlu wraz z ministerstwem spraw wewnętrznych (D. p. p. 96. d. 7. V. 1908), że biurom pośrednictwa wolno przyjmować te tylko mamki, które świadectwem lekarskiem udowodnią dobry stan zdrowia i zdolność karmienia i że przed nastręczeniem mamki należy zarządzić ponowne zbadanie jej przez lekarza i doręczyć stronie, godzącej mamkę, wynik tego badania. Również wolno biurom stręczyć te tylko mamki, które przedłożą poświadczenie swej gminy, że oddały swe własne dziecko w należytą i pewną opiekę. *R.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 24 do 30. V. 1908 urodziło się dzieci żywo 51, nieżywo —; zmarło osób 74 (w tem obcych 33), z nich z gruźlicy 18 (6), zapalenia płuc 6, odry 5 (5). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 24. do 30. V. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 1 † — (tem obcych 1 † —), krztuśca 8, płonicy 6, odry 19 † 5 (8 † 5), duru brzusznego 2 (1), gorączki połogowej 1 (1). *Dr Sch.*

Wiadomości bieżące.

Lekarze i przyrodnicy czescy gromadzą się dziś w Pradze poraz czwarty na ogólny Zjazd, by obliczyć swój naukowy dorobek i odbyć przegląd swych sił, a zarazem uczcić uroczyście ćwierćwiekową rocznicę otwarcia samoistnej czeskiej Wszechnicy i dwóchsetną rocznicę rozniecenia ogniska nauk przyrodniczo-technicznych na ziemi czeskiej.

Ze słuszną dumą mogą lekarze i przyrodnicy czescy obejrzeć się dziś wstecz na dzieła, których dokonali dla dobra swej ojczyzny, — z uczuciem sprawiedliwego tryumfu policzyć swe potężniejące szeregi, a śmiało i bez żadnych już obaw spojrzeć w przyszłość.

Odnosząc się do czeskich Zjazdów przyrodniczo-lekarskich od samego ich początku z niezmienną zawsze życzliwością i sympatyą, podzielają i tym razem lekarze i przyrodnicy polscy szczerze radość licznego zastępu swych czeskich kolegów, zgromadzonego dziś nad Wełtawą na obchód święta naukowego.

Podzielając z nimi również i pragnienie, aby nauki przyrodnicze i lekarskie w ziemiach czeskich i nadal bujnie rozwijały się i kwitły ku sławie i pożytkowi Narodu czeskiego, ślemy Zjazdowi serdeczne powitanie i życzenie, by dążenia kolegów czeskich do uzyskania nowych ognisk nauki, pomyślnie a rychło się spełniły.

Na XV. Zjazd chirurgów polskich, odbyć się mający dnia 10. i 11. lipca r. b. w Krakowie, zgłoszono następujące wykłady:

1. Ludwik Rydygier sen. (Lwów): Chirurgia moczowodów (z przedstawieniem chorego).
2. Tenże: O gruźlicy kątnicy.
3. Tenże: O raku języka.
4. Antoni Rydygier jun. (Lwów): O nowotworach na kończynach (z przedstawieniem chorych, rentgenogramów i fotografii).
5. Tenże: Przyczynek do chirurgii wątroby (z demonstracyą rentgenogramów).
6. Tenże: Niektóre uwagi o postępowaniu wobec nowotworów okrężnicy esowatej i odbytnicy.
7. Michał Jedlička (Lwów): Przyczynek do chirurgii śledziony.
8. Tenże: Przyczynek do leczenia promienicy (actinomycosis).
9. Tenże: O torbielach kostnych.
10. Jakób Selzer (Lwów): O wynikach ostatecznych po operacyach w przypadkach nerwobolu n. trójdzielnego.
11. Tenże: Urethrotomia externa — urethrotomia interna.
12. Tenże: O zapaleniu płuc, wikłającem przebieg pooperacyjny.
13. Tadeusz Ostrowski (Lwów): Wyniki chirurgicznego leczenia choroby Glénarda.
14. Tenże: O wynikach po operacyi Talmy w marskości wątroby.
15. Tenże: Myoma recti.

Komitet narodowy polski dla XVI. międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Budapeszcie (29. sierpnia do 4. września 1909) *ogłasza, co następuje:*

»Otrzymawszy mandat od Komitetu gospodarczego XVI. Zjazdu za pośrednictwem gen. sekretarza tegoż Zjazdu, Prof. Emila Grosza, do utworzenia Komitetu narodowego polskiego, podpisany prezes podjął się tego zadania w przekonaniu, że nie wolno nam uchylać się od udziału w międzynarodowych turniejach naukowych, chociażby z tego względu, by wszędzie, gdzie się do tego nadarza sposobność, zaznaczać naszą odrębność narodową i nasze naukowe stanowisko, w czem komitety pomocne być powinny i mogą.

Zwyczajem przyjętym i niejednokrotnie przez siebie praktykowanym udał się Prof. Wicherkiewicz i teraz do głównych Towarzystw lekarskich wszystkich trzech dzielnic naszych porozbiorowych z prośbą (i to dwukrotną) o wyznaczenie delegatów do Komitetu polskiego, ale dotychczas tylko krakowskie Towarzystwo lekarskie odpowiedziało na ten apel, mianując swych delegatów, a o lwowskiem dowiedzieliśmy się pośrednio, że uczyniło to samo. Wobec ponownego wezwania gen. sekretarza Zjazdu, niepodobna było zwlekać dłużej z krokiem stano-

wczym. Powołany przez Komitet gospodarczy Zjazdu prezes utworzył więc wraz z kolegami krakowskimi Komitet narodowy polski dla międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Budapeszcie, z dniem dzisiejszym rozpoczynający swą czynność.

Wiedząc z doświadczenia, jak trudno zgromadzić członków zamiejscowych na posiedzenia, pragniemy całą potrzebną agendę przyjąć tutaj na siebie, a dla ułatwienia porozumiewania się z innemi dzielnicami polskiemi prosimy raz jeszcze Towarzystwa lekarskie w Warszawie, we Lwowie i w Poznaniu, aby z łona swego wybrały 2—3 delegatów, którzyby stanowili subkomitety z wiceprezesami na czele. Zadaniem tych ostatnich byłoby znosić się bezpośrednio z Komitetem głównym krakowskim we wszelkich sprawach ogólnych czy zasadniczych przyszłego Zjazdu międzynarodowego.

Chcącym wziąć udział w Zjeździe, sekretarz Komitetu narodowego, Prof. Ciechanowski (Kraków, Wielopole 4), udzielać będzie chętnie informacyi i prześle ogłoszone dotychczas druki, jak: regulamin Zjazdu, pierwsze orędzie Komitetu gospodarczego Zjazdu, program tymczasowy, karty do zapisywania się i zgłaszania wykładów i t. d.

Kraków, w maju 1908.

Prezes: *Prof. Dr B. Wicherkiewicz,* c. k. Radca Dworu.
Wiceprezes: *Dr A. Kwaśnicki,* sekretarz: *Prof. Dr S. Ciechanowski,*
skarbnik: *Dr Eugeniusz Borzęcki.*

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 3. VI. 1908 posiedzenie, na którem Prof. Ciechanowski przedstawił preparaty anatomiczno-patologiczne, a Prof. Kader, Dr Radliński, Nüssenfeld i Warzeszkiewicz przedstawili licznych chorych, operowanych w klinice chirurgicznej.

— W sprawie Parku Jordana zwołało Prezydyum miasta konferencyę, na której gronu zaproszonych radców miejskich przedstawiono sprawozdanie z ulepszeń i napraw w urządzeniu parku. Nadzór nad parkiem ma być powierzony stałej delegacyi, powołanej przez Radę miejską. (Należy mieć nadzieję, że do delegacyi tej powołani będą w liczbie odpowiedniej zawodowcy z kół lekarskich i przedstawiciele instytucyi lekarskich). Administracyę samego parku (drzew, trawników, ścieżek) oddano zarządowi ogrodów miejskich, kierownictwo zabaw p. Z. Wyrobkowi i pedagogowi p. St. Michalskiemu. Z zabaw korzysta dziennie 39 zastępów uczniów szkół ludowych i 34 zastępów gimnazyalnych, a w święta młodzież rzemieślnicza, razem około 2,000 młodzieży (o 100% więcej, niż w r. z.). Ponieważ dla tej liczby nie wystarcza 12 boisk w parku, przeto park ma być rozszerzony w kierunku ku miastu na części zakupionych przez miasto gruntów pofortyfikacyjnych.

— Do Komisyi sanitarnej miejskiej prócz dotychczasowych 7 członków-lekarzy, radców miejskich, uchwaliła Rada miasta zaprosić z poza swego grona: Prof. Browicza, członka Krajowej Rady zdrowia, Dra Bielańskiego, st. lekarza powiatowego, Prof. Kostaneckiego, członka Najwyższej Rady zdrowia, Prof. Łazarskiego, prezesa Komitetu szpitala św. Łazarza i Prof. Piltza.

— Instytucya »Kropli mleka« rozpoczęła po kilkotygodniowej przerwie nanowo działalność pod kierunkiem Dra Władysława Filipkiewicza.

— Komitet lekarsko-aptekarski dla popierania przemysłu krajowego odbył w dniu 1. VI. b. r. pod przewodnictwem Dra Kwaśnickiego posiedzenie, na którem referenci poszczególnych działów zdali sprawę z dokonanych dotychczas prac i z podjętych kroków. Zorganizowanie działalności systematycznej jest w toku i wkrótce zostanie ukończone.

— Dyplom doktorski uzyskali: p. Julian K. Solarski, rodem z Baranowa w Galicyi, p. Aron Schwarzbart, rodem z Chrzanowa i p. Fabian Gottfryd, rodem z Kalisza.

— W Tarnowie zbudowano z ofiar prywatnych i otwarto 17. V. b. r. dom dla nieuleczalnych o 30 łóżkach.

— »Sprawozdanie lekarskie o zakładzie zdrojowo-kąpielowym w Truskawcu za r. 1907«, ogłoszone przez R. c. Dr Edw. Krzyżanowskiego, zasługuje na szczególne podniesienie przez to, iż wymienia dokładnie ważniejsze z potrzebnych jeszcze ulepszeń, jak gazowanie źródeł, wodociągi, odpowiedniejsze urządzenie kąpieli z kwasem węglowym, wprowadzenie kąpieli gorących powietrznych, parowych, świetlnych i t. d., ulepszenie borowinowych, założenie biura informacyjnego na dworcu kolejowym, ulepszenia w parku i inne. Zarazem porusza Dr Krzyżanowski ponownie doniosłą sprawę założenia »Związku zdrojowisk polskich« celem wspólnej pracy nad trwałym rozwojem naszych zakładów zdrojowych.

Lwów. W Nr 4. wydawanego przez siebie »Vocho de Kuracistoj« porusza Dr Mikołajski ze względu na udział różnych narodowości słowiańskich w IV. Zjeździe lekarzy i przyr. czeskich pytanie, czyby i dla lekarzy słowiańskich nie był na zjazdach dogodnym sposobem porozumiewania się język esperanto. W tymże zeszycie znajdują się artykuły Dr Szydłowskiego z Moskwy, Krukowskiego z Warszawy, korespondencye z Anglii, Kazania i t. d.

Warszawa. Uniwersytet warszawski ma być otwarty ponownie w jesieni r. b.

— W celu rozważenia przepisów o utrzymaniu klinik uniwersyteckich przy szpitalach miejskich mianowano komisyę, złożoną z inspektora lekarskiego Troickiego, Drów Pawińskiego, Janowskiego, Watraszewskiego i radcy prawnego Mrozowskiego.

— Na wystawę zdrojową w Ciechocinku wyjeżdża w czasie Zielonych Świąt z Warszawy wycieczka lekarska, na którą zapisało się przeszło 200 uczestników.

— W Otwocku otwarto 31. V. b. r. kolonię dla umysłowo chorych, założoną przez warszawskie Towarzystwo opieki nad ubogimi nerwowo i umysłowo chorymi izraelitami. Kolonia, na razie dla 40 mężczyzn, mieści się w pawilonie, zbudowanym kosztem 30,000 rb. wśród 30-morgowego folwarku, który nabyto za 16,000 rb. Pawilon dla kobiet będzie zbudowany wkrótce dzięki ofiarności p. H. Poznańskiego. Koszt utrzymania 40 chorych obliczono na 10,000 rb. rocznie. — Prezesem Towarzystwa jest Dr Goldflam.

Wilno. Na I. rocznem zebraniu Towarzystwa przyjaciół nauk, zagajonem przez wiceprezesa Dra Zahorskiego, mianowano członkami-korespondentami m. i. Dra J. Talko-Hryncewicza i Dra J. Bielińskiego.

IV. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich. Delegatami Wydziału lekarskiego Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu są Dr Stanisław Łazarewicz i Dr Tad. Dembiński, delegatem Polskiego Związku lek. i przyr. w Petersburgu Prof. S. Zaleski, Akademii weterynarskiej we Lwowie Prof. A. Gizelt. — W czasie Zjazdu odbędzie się posiedzenie Komitetu lekarskiego słowiańskiego. — Na Zjazd zgłosiło się do d. 30. V. b. r. 820 uczestników; dziś liczba ich dobiega zapewne tysiąca.

Zmarli: Dr Józef Weigel, b. radny miasta, w 65 r. ż. we Lwowie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.
Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, Bazar obok poczty.

Kosów.
Dr **Tarnawski A.**, (za Kołomyją). Lecznica własna.

Krynica.
Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski“).
Dr **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem).
Dr **Lewicki Stanisław**, Willa „pod Trąbką“.

Rymanów.
Dr **Regiec Jan.**

Szczawnica.
Dr **Gorski Ksawery**, b. lekarz zakładowy (zimą w Abacyi).
Dr **Hammerschlag Rudolf**, (Dom „Atylla“).
Dr **Kołączkowski J.**, zakład wodoleczniczy „Miedziuś“.
Dr **Szumowski**, Obok zdroju Józefiny.

Truskawiec.
Dr **Krzyżanowski Edm.**, radca ces., lekarz zakładowy.
Dr **Pelczar Zenon.**
Dr **Praschil Tad.**, lekarz zakład., b. asyst. Un., sek. szp. lwow.

Żegiestów.
Dr **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.
Dr **Łowiński**, Fürstenstr. 14.

Baden.
Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).
Dr **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lwow. („Villa Söllradl“).

Cieplice trenczyńskie.
Dr **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr **Wobr Franciszek**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.
Dr **Steinsberg**, zakład i pensyonat leczn. we własnej willi.

Gleichenberg.
Dr **Bulikowski Stan.**, radca ces., (Villa „Höflinger“ VII.).

Kissingen.
Dr **Chłapowski**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1 (pens.).

Karlsbad.
Prof. Dr **Biernacki**, Alte Wiese, Haus „Nizza“.